

Zamówienie indywidualne na produkty krwiopochodne (immunoglobulinę anty-RhD)

WYPEŁNIA LEKARZ ¹⁾

.....
oznaczenie podmiotu leczniczego

Nazwisko i imię pacjentki:

Data urodzenia pacjentki:Numer PESEL ²⁾

ZASTOSOWANIE IMMUNOPROFILAKTYKI W TRAKCIE CIĄŻY:

TAK

Tydzień ciąży: Data podania:

Miejsce podania:Zastosowana dawka:

NIE

ROZPOZNANIE:

poród fizjologiczny dziecka RhD dodatniego - 150µg;

poród patologiczny dziecka RhD dodatniego - 300µg:

cięcie cesarskie

poród martwego płodu

poród mnogi

poród z zabiegiem Credego

poród z ręcznym wydobyciem łożyska ³⁾

po poronieniu samoistnym lub

przerwaniu ciąży,

po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej (amniopunkcja, biopsja kosmówki, kordocenteza),

po usunięciu ciąży pozamacicznej,

w przypadku zagrażającego poronienia lub

porodu przedwczesnego przebiegającego z krwawieniem z dróg rodnych oraz

po wykonaniu obrotu zewnętrznego płodu ³⁾

do 20 tygodnia ciąży - 50µg

po 20 tygodniu ciąży - 150µg

podejrzenie lub stwierdzenie przecieku płodowo-matczynego (ilość immunoglobuliny anty-RhD określona indywidualnie, na podstawie oceny wielkości przecieku) - µg

.....
(data wystawienia zamówienia)

.....
(czytelny podpis lekarza, pieczętka)

- 1). Podstawą do wystawienia zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne (immunoglobulinę anty-RhD) jest wynik badania immunohematologicznego, kwalifikującego do podania immunoglobuliny anty-D.**
2). W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.
3). Należy podkreślić odpowiednie.