

RCKiK w Białymstoku		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DIT-PZ-01	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 5	Wersja zał. nr: 01	Data: 25.09.2023

Podmiot leczniczy:
Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia

Tryb wykonania badania*: **NORMALNY** **PILNY**

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej
w

**ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH
KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD***

W CZASIE CIĄŻY

PO PORONIENIU

PO PORODZIE

Nazwisko i imię ciężarnej/matki

Data urodzenia ____ - ____ - ____

numer **PESEL****

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jeżeli kobieta NN: numer książki głównej, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Podano immunoglobulinę anty-RhD w czasie obecnej ciąży*:

NIE TAK - data podania: dawka:..... (zgodnie z informacją podaną na))

BRAK INFORMACJI

Ciąża*: pojedyncza mnoga

Data porodu:

(dzień, godzina i minuta w systemie 24-godzinnym, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej - także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się)

Rodzaj materiału do badania*:

Krew żylna na skrzep/EDTA

Krew tętnicza na skrzep/EDTA

Krew pępowinowa na skrzep/EDTA

Data i godzina wystawienia zlecenia/...../..... godz.	Data i godzina pobrania próbki krwi matki/...../..... godz.	Data i godzina pobrania próbki krwi dziecka/...../..... godz.
Oznaczenie*** i podpis lekarza zlecającego badanie:	Oznaczenie*** i podpis osoby pobierającej krew matki:	Oznaczenie*** i podpis osoby pobierającej krew dziecka:

Data i godzina przyjęcia próbek do badania:/...../..... godz.

* Właściwie zaznaczyć X (brak informacji uniemożliwia właściwą kwalifikację do podania immunoglobuliny anty-RhD).

** W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

*** Oznaczenie osoby zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska- czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.