

WZÓR

**WYDANIE KRWI DLA NOWORODKA/NIEMOWLĘCIA DO UKOŃCZENIA 4 MIESIĄCA ŻYCIA
BEZ WYKONYWANIA PRÓBY KRZYŻOWEJ**

Nazwa jednostki wykonującej badanie:	Wydanie krwi dla noworodka/niemowlęcia do ukończenia 4 miesiąca życia bez wykonywania próby krzyżowej		Data i godzina przyjęcia zlecenia:
	Wynik ważny do daty ważności podanej na etykiecie KKCz		Nazwa jednostki kierującej na badanie:
	Nr badania		Data i godzina wydania wyniku:
	Data badania		
Dane pacjenta: (w przypadku noworodka należy wpisać: syn/córka, datę urodzenia oraz nazwisko, imię i numer PESEL matki lub datę urodzenia matki w przypadku braku numeru PESEL)	Nazwisko i imię*: ☐ noworodka ☐ niemowlęcia Numer PESEL: Data urodzenia:		
	Jeżeli pacjent NN: numer książki głównej: lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID): Płeć*: ☐ MĘSKA ☐ ŻEŃSKA		
Grupa krwi*: ☐ noworodka ☐ niemowlęcia		BTA:	Grupa krwi matki:
Przeciwciała odpornościowe do krwinek czerwonych*: ☐ u matki ☐ noworodka ☐ niemowlęcia			
Uwagi/zalecenia:			
Dawcy:			Podpisy lekarza/pielęgniarki/położnej odpowiedzialnych za przetoczenie
Nr donacji:	Grupa krwi:	Fenotyp:	
Wykonał**:		Zatwierdził**:	
UWAGA: Grupę krwi noworodka, niemowlęcia, matki, informację o przeciwciałach odpornościowych należy wpisać na podstawie potwierdzonego wyniku badań***.			

* Właściwie zaznaczyć X.

** 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.

*** Potwierdzony wynik grupy krwi ABO i RhD u noworodka i niemowlęcia do ukończenia 4 miesiąca życia oznacza wynik oznaczeń antygenów A, B i D otrzymany z badania z dwóch próbek pobranych w różnym czasie.