

WZÓR

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:

Numer PESEL**:

Data urodzenia:

Jeżeli kobieta NN – numer księgi głównej: lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny:

Podano immunoglobulinę anti-RhD w czasie obecnej ciąży*:

☐ NIE ☐ TAK – data podania: dawka: (zgodnie z informacją podaną na) ☐ BRAK INFORMACJICiąża*: ☐ pojedyncza ☐ mnogaData 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:	Data i godzina pobrania próbki krwi matki:	Data i godzina pobrania próbki krwi dziecka:
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:

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

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

*** Oznaczenie 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.