KSIĄŻKA TRANSFUZYJNA

(w poziomym układzie strony)

Strona 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa składnika krwi | Numer donacji | Miejsce wytworzenia | Termin ważności  składnika krwi | Data i godzina  otrzymania składnika krwi | Dawca ABO RhD | Biorca ABO RhD | Nazwisko, imię biorcy | Numer PESEL biorcy lub data urodzenia, w przypadku braku nr PESEL, jeżeli pacjent NN - nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer historii choroby | Numery wyników grupy krwi biorcy\*/  Numer wyniku próby zgodności\*\* | Nazwisko i imię lekarza  zlecającego przetoczenie | Data i godzina rozpoczęcia  przetaczania składnika krwi | Data i godzina zakończenia  przetaczania składnika krwi | Nazwisko i imię  osoby wykonującej przetoczenie | Przetoczona objętość | Ocena przebiegu przetoczenia  (uwagi o możliwych  niepożądanych reakcjach i zdarzeniach) | Oznaczenie\*\*\*lekarza odpowiedzialnego za przebieg przetoczenia oraz jego podpis |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* W przypadku przetoczenia osocza, KKP i krioprecypitatu - numer badania wyniku grupy krwi biorcy, na podstawie której oceniono zgodność serologiczną z dawcą.

\*\* W przypadku przetoczenia KKCz, KPK i KG - numer badania wyniku próby zgodności.

\*\*\* 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.

WZÓR

STANDARDOWA PROCEDURA OPERACYJNA (SOP)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa podmiotu leczniczego:  Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej: | | | | |
| Standardowa Procedura Operacyjna numer……….. | | Wersja numer | | |
| Tytuł procedury: | | | | |
| Sporządził:  ………………………  (imię i nazwisko) | Data sporządzenia | | Podpis | |
| Zatwierdził kierownik podmiotu leczniczego:  …………………………..  (imię i nazwisko) | Data zatwierdzenia | | Podpis | |
| Obowiązuje od dnia |  | | Zastępuje SOP numer  …………………………. | |
| Treść procedury | | | | |
| Procedura numer ………….. | Wersja numer …………… | | | Strona 1 z …………….. |

Oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższą procedurą i zobowiązuje się do jej stosowania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby przeszkolonej | Data przeszkolenia | Podpis |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Rozdzielnik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Komórka organizacyjna odbierająca procedurę | Data przekazania | Podpis osoby odbierającej | Data zwrócenia | Podpis osoby odbierającej |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

Weryfikacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Data weryfikacji | Oznaczenie\* i podpis osoby dokonującej weryfikacji |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

\* 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.

WZÓR

ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW LUB JEJ SKŁADNIKI

…………………………………

(data i miejscowość)

Do Banku Krwi……………………………..

Nazwisko i imię pacjenta ..................................................................

Numer PESEL …………………….… data urodzenia…………… Płeć\* □ K □ M

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość………………………..…………………

Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ……………………………,

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny……………………………

Grupa krwi pacjenta .....................................................

Przeciwciała odpornościowe.........................................

Rozpoznanie choroby ...................................................

Wskazanie do przetoczenia……………………………

PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składnika) (liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia\*\*……………………………………………………………………

Grupa krwi ABO RhD (słownie) Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba)

……………………………………………………

(data, oznaczenie\*\*\* oraz podpis lekarza zamawiającego)

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\*Składnik ubogoleukocytarny, napromieniowany, itd.

\*\*\* 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.

WZÓR

KARTA IDENTYFIKACYJNA GRUPY KRWI

Strona 1

|  |
| --- |
| Karta identyfikacyjna grupy krwi |
| Nazwa albo firma podmiotu leczniczego |
| Imiona i nazwisko |
| Data i miejsce urodzenia |
| Imiona rodziców |
| Numer PESEL\* |

Strona 2

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pracowni immunologii transfuzjologicznej | |
| Grupa krwi | |
| Uwagi | |
| Daty i numery badań |  |
|  |
| ............................................... numer wpisu z książki badań grup krwi/rok lub pełna data wpisu | ..................................................................................................................................... Oznaczenie osoby uprawnionej do dokonania wpisu zawierające 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. |

\* W przypadku osób nieposiadających numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

WZÓR

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Data wystawienia zlecenia

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Tryb wykonania badania\* □ NORMALNY

□ PILNY

Do Pracowni immunologii transfuzjologicznej w

…………….…………………………………

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię pacjenta ...................................................................

Numer PESEL …………………….… data urodzenia…………… Płeć\* □ K □ M

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

Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ……………………………

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny……………………………

Rozpoznanie..........................................................................................

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała odpornościowe)

...............................................................................................................

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 |
| Oznaczenie\*\* i podpis lekarza | Oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej próbkę |

Data i godzina przyjęcia próbki do badania Numer badania

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* 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.

WZÓR

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Data wystawienia zlecenia……………………

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Tryb wykonania badania\*

□ NORMALNY □ PILNY

Do Pracowni immunologii transfuzjologicznej w ……………………………………….

Nazwisko i imię pacjenta .....................................................................

Numer PESEL ………………………data urodzenia………………… Płeć\* □ K □ M

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość……………………………………..………

Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ……………………..………

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny……………………………

Rozpoznanie...........................................................................................

Grupa krwi ABO i RhD………………………………..…..  
Przeciwciała odpornościowe ………………………………   
Biorca: □ pierwszorazowy □ wielokrotny: data ostatniego przetoczenia………

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 |
| Oznaczenie\*\*i podpis lekarza zlecającego badanie | Oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej |

WYPEŁNIA BANK KRWI

Składniki krwi zarezerwowane dla pacjenta przez Bank Krwi:

Grupa krwi i numer donacji ................................................................

Grupa krwi i numer donacji ................................................................

Grupa krwi i numer donacji ................................................................

Grupa krwi i numer donacji ................................................................

.……………………………

(podpis osoby wydającej segmenty drenów)

Data i godzina przyjęcia próbki do badania Numer badania

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* 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.

WZÓR

WYNIK BADANIA GRUPY KRWI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki wykonującej badanie | Wynik Badania Grupy Krwi\*  potwierdzony (1)  niepotwierdzony (2) | | | Data i godzina pobrania próbki |
| Data i godzina przyjęcia próbki do badań |
| Nr badania: |  | | Nazwa jednostki kierującej na badanie |
|  | |
| Data badania: |  | |
|  | |
| Dane pacjenta:  Nazwisko i imię ……………………………………………………………………….. | | | | |
| Numer PESEL\*\*…………………………………………………….…  Data urodzenia……………………Płeć\*: MĘŻCZYZNA KOBIETA  Jeżeli pacjent NN - nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID)…………………………………………………………………..….. | | | | |
| Grupa krwi pacjenta: | | | | |
| Przeciwciała odpornościowe: | | | | |
| Uwagi: | | | | |
| Badanie wykonano metodą\*\*\*: | | | | |
| Wykonał\*\*\*\*: | | | Autoryzował\*\*\*\*:  Data i godzina wydruku…………………… | |

(1) Wynik badania grupy krwi potwierdzony - wydany na podstawie wykonania dwóch oznaczeń z dwóch próbek krwi pobranych od tego samego pacjenta w różnym czasie

(2) Wynik badania grupy krwi niepotwierdzony - wydany na podstawie wykonania jednego oznaczenia

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

\*\*\* Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metodą:

- automatyczną (producent analizatora)…………  ABO i RhD  PTA

- półautomatyczną (producent analizatora)………  ABO  RhD  PTA

- manualną: • szkiełkową:  ABO  RhD

• probówkową:  ABO  RhD  PTA

• mikrokolumnową:  ABO i RhD  PTA

\*\*\*\* 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.

WZÓR

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI DO PILNEGO PRZETOCZENIA

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia …………………………

**PILNY**

Tryb zlecenia

Do Banku Krwi ……….………………………

Nazwisko i imię pacjenta ......................................................................

Numer PESEL ……………………… data urodzenia…….………… Płeć\* □ K □ M W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość……………………………………..……….  
Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ………………………………  
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny………………………………  
Rozpoznanie.............................................................................................  
Grupa krwi ............................................................  
Przeciwciała odpornościowe ...................................................................  
Biorca\*: □ pierwszorazowy □ wielokrotny □ ciąże ………………  
Data ostatniego przetoczenia ..................................................................

PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składnika) (liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia\*\*………………………………………………

Grupa krwi ABO RhD (słownie) Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba)

…………………………………………

(data, oznaczenie\*\*\* oraz podpis lekarza zamawiającego)

WYPEŁNIA BANK KRWI

Składniki krwi wydane dla pacjenta przez Bank Krwi:

Grupa krwi i numer donacji ............................................................

Grupa krwi i numer donacji ............................................................

Grupa krwi i numer donacji ............................................................

Grupa krwi i numer donacji .............................................................

……..……………………………….  
(podpis osoby wydającej segmenty drenów)

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* Składnik ubogoleukocytarny, napromieniowany, itd.

\*\*\* 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.

WZÓR

WYNIK PRÓBY ZGODNOŚCI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki wykonującej badanie | | Wynik Próby Zgodności | | | | | | | | | Data i godzina pobrania próbki | |
| Ważny do: | | | | dd-mm-rrrr | gg:mm | | | | Data i godzina przyjęcia próbki do badań | |
| Nr badania | | | |  | | | | | Nazwa jednostki kierującej na badanie | |
| Data badania: | | | | dd-mm-rrrr | | | | |
| Dane pacjenta:  Nazwisko i imię: ……………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| Numer PESEL\* …………………………………………………  Data urodzenia …………………………………………………. Płeć\*\*: MĘŻCZYZNA KOBIETA  Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID)…………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| Grupa krwi pacjenta: | | | | | | | | | Fenotyp: | | | |
| Przeciwciała odpornościowe: | | | |  | | | | | | | | |
| Uwagi: | | | | | | | | | | | | |
| Dawcy: | | | | | | | | | | | | Podpisy lekarza/pielęgniarki odpowiedzialnych za przetoczenie: |
| nr donacji |  | | grupa krwi fenotyp: | | | | | wynik: | |  | |  |
| nr donacji |  | | grupa krwi fenotyp: | | | | | wynik: | |  | |  |
| nr donacji |  | | grupa krwi fenotyp: | | | | | wynik: | |  | |  |
| Wykonał\*\*\*: | | | | | Autoryzował\*\*\*: | | | | | | |  |
| Badanie wykonano metodą\*\*\*\*:  Data i godzina wydruku: | | | | | | | | | | | | |

\* W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

\*\* Właściwe 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.

\*\*\*\* Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metodą:

- automatyczną (producent analizatora)…………  ABO i RhD  PTA

- półautomatyczną (producent analizatora)………  ABO  RhD  PTA

- manualną: • szkiełkową:  ABO  RhD

• probówkową:  ABO  RhD  PTA

• mikrokolumnową:  ABO i RhD  PTA

WZÓR

ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierający nazwę albo firmę i adres) | | | | | | | | | | | | |
| ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIA  do ............................... Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w .............................. | | | | | | | | | | | | |
| Przetoczenie | Gdzie\* | | □ sala operacyjna  □ OAiIT  □ oddział ...............  □ inne.................... | | | | | | | | | |
| Kiedy\* | | □ w godzinach pracy regulaminowej  □ dyżur  □ sobota i święto (dzień wolny od pracy) | | | | | | | | | |
| Nazwisko i imię pacjenta: | | | | | | | | Płeć\*: □ K □ M  data urodzenia/numer PESEL\*\*  …………………………………………  numer księgi głównej  ……………………………  ………..………………….. | | | | |
| W przypadku pacjenta NN: | | | | | | | | Płeć\*: □ K □ M  numer księgi głównej  ………………………  ....…………………..  niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta  …………………………………………… | | | | |
| Rozpoznanie  ............................................................................................  Hb ........... (przed przetoczeniem) ........... (po przetoczeniu) ……..  Liczba płytek:  ………………………….(przed przetoczeniem)  …………………………(po przetoczeniu) | | | | | | | | | | | Grupa krwi pacjenta  ................................  przeciwciała  ............................................ | |
| Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia:  ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪⁪⁪  Data i godzina zakończenia przetoczenia:  ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪⁪⁪ | | | | | Grupa krwi ......... przetoczona objętość ........... ml  numer donacji (składnika krwi)  ..................................................................  data pobrania ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪  data ważności ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪  czas wystąpienia reakcji\*:  □ podczas przetoczenia............... min ................ godzina  □ po zakończeniu przetoczenia....... min ....... godzin..... dni | | | | | | | |
| Przetaczane składniki\*  □ KPK □ KKCz □ KKP □ FFP □ KG □ inne (jakie) | | | | | | | Preparatyka\*:  □z krwi pełnej □ afereza  □ ubogoleukocytarne □ napromieniowane  □ inne……………………………………….. | | | | | |
| Próba zgodności serologicznej wykonana w  ...............................................................................................................................................  Wynik  ............................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | |
| Objawy kliniczne/Biologiczne oznaki reakcji niepożądanej\* | | | | | | | | | | | | |
| ciepłota  RR  tętno  niewydolność krążenia  hemoglobinuria  inne | | przed  ………  ..........  ..........  ..........  ..........  ..........  .......... | | po  ………  ..........  ..........  ..........  ..........  ..........  .......... | | □ niepokój  □dreszcze  □ świąd  □ wysypka  □ zaczerwienienie  □ mdłości lub wymioty  □ niewydolność  nerek  □ żółtaczka  □ inne …………… | | | | | □ bóle w okolicy lędźwiowej  □ bóle w okolicy klatki piersiowej  □ bóle brzucha  □duszność  □ wstrząs  □utrata świadomości | Wyniki:  bilirubina  ……………  LDH………  Haptoglobina .......................  Gazometria:  pO2 .......................  pCO2 .......................  Płuca:  osłuchowo .............................................. ..............................................  RTG klatki piersiowej .....................................................................  BNP………...  CRP………...  inne |
| Zastosowane leczenie\*  □ tlenoterapia □ intubacja  Opis: | | | | | | | | | | | | |
| Nasilenie powikłania\*  □ 0. brak  □ 1. natychmiastowe, niezagrażające życiu  □ 2. natychmiastowe, zagrażające życiu  □ 3. długotrwała choroba  □ 4. zgon | | | | | | | | | | Inne ważne informacje kliniczne  stan pacjenta przed przetoczeniem\*:  □ ciężki  □ dość dobry  operacja:  □ tak, kiedy …………………………  …………………………….……….  □ nie  □ inne (podać jakie)…………………  ……………………………………………………………………… | | |
| Przetoczono nieprawidłowy składnik \* □ TAK □ NIE  Gdzie wystąpił błąd  .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  (np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik) | | | | | | | | | | | | |
| Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi \* □ TAK □ NIE  Podać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia  ............................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | |
| Czy podczas poprzednich przetoczeń obserwowano niepożądane reakcje\*  □ TAK □ NIE | | | | | | | | | | | | |
| W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi lub jej składnika, numer donacji (składnika krwi) .................................., zestaw do przetaczania, próbkę krwi pacjenta, z której wykonano badania serologiczne przed przetoczeniem, próbki pobrane po przetoczeniu w ilości 5 ml na skrzep i 5 ml na antykoagulant oraz próbki krwi dawców z pracowni immunologii transfuzjologicznej.  Próbki do badań bakteriologicznych przesłano do  ............................................................................................  Data i godzina pobrania krwi ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪  Czytelny podpis osoby pobierającej próbki krwi  ................................................................. | | | | | | | | | | | | |
| .........................................................................  (Oznaczenie\*\*\*i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie) | | | | | | | | | ..............................................................  (Oznaczenie\*\*\*i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie) | | | |

WYPEŁNIA TYLKO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

Nazwa Centrum: .......................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Ocena związku z przetoczeniem (przyczynowość)\* | □ trudno ocenić (TO)  □ wykluczona lub mało prawdopodobna (0)  □ możliwa (1)  □ prawdopodobna (2)  □ pewna (3) |

|  |  |
| --- | --- |
| Wnioski lub stwierdzone zespoły\* | □ hemoliza – niezgodność w ABO  □ hemoliza – obecność odpornościowych przeciwciał  □ poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa  □ alergia  □ wstrząs anafilaktyczny  □ TRALI  □ duszność poprzetoczeniowa (TAD)  □ zakażenie: ○bakteryjne(szczep)…… ……………….  ○ HIV  ○ HBV  ○ HCV  ○ CMV  □ uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał  ○ krwinek czerwonych............................................................  ○ HLA.....................................................................................  ○ HPA.....................................................................................  ○ granulocytów........................................................................  ○ IgA  □ inne  ○ niehemolityczny odczyn gorączkowy  ○ choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy  ○ obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia)  ○ hemosyderoza  ○ inne niewyszczególnione |
| Data wypełnienia: | Wypełnił:  ..................................................................................................  (Oznaczenie\*\*\* i podpis wypełniającego) |

\* Właściwe zaznaczyć X lub wypełnić.

\*\* W przypadku osoby nie posiadającej nr 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.

WZÓR

ZAMÓWIENIE ZBIORCZE NA KREW LUB JEJ SKŁADNIKI

Podmiot zamawiający Data wystawienia zamówienia

…………………….. ………………………………..

ZAMÓWIENIE ZBIORCZE NA KREW LUB JEJ SKŁADNIKI

numer ……….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj składnika | Grupa krwi | Liczba jednostek lub opakowań |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

Oznaczenie\* i podpis osoby zamawiającej:

…………………………………………

\* 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.

WZÓR

KSIĄŻKA BADAŃ GRUP KRWI

Strona 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data badania | Numer badania | Data i godzina pobrania próbki | Oddział/  Odbiorca | Nazwisko i imię | Wynik badania | | | Uwagi |
| PESEL/data urodzenia | Grupa krwi | | Nieregularne  przeciwciała |
| ABO | RhD |
| Jeżeli pacjent NN  numer identyfikacyjny (ID) lub numer księgi głównej |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Układ ABO | | | | | RhD | | Badanie przeglądowe przeciwciał | | | | | | Autokontrola (jeżeli wykonano) | jeżeli wykonano  (jeżeli wykonywano) | Reakcja ze stand. Anty-D | Badanie wykonał\* | Wynik autoryzował\* |
| Odczynniki monoklonalne | | Krwinki wzorcowe | | | Odczynniki monoklonalne | | PTA | | | Kontrola ujemnych wyników w PTA, jeżeli techniką probówkową | | |
| anty-A | anty-B | O | A1 | B | anty- D | anty- D |
| I | II | III | I | II | III | PTA | BTA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

\* 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.

WZÓR

KSIĄŻKA PRÓB ZGODNOŚCI

Strona 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data badania | Numer badania | Data i godzina pobrania próbki | Oddział | Nazwisko i imię | Grupa krwi ABO i RhD  na skierowaniu | | | | Numer donacji | Kontrola antygenów ABO i RhD | | | | | |
| PESEL/data urodzenia | biorcy | | dawcy | | biorcy | | | dawcy | | |
| Jeżeli pacjent NN -numer identyfikacyjny (ID) lub numer księgi głównej | ABO | RhD | ABO | RhD | -A | -B | -D | -A | -B | -D |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kontrola antygenów  u dawcy | | | | | Badanie przeglądowe przeciwciał | | | | | | Surowica biorcy + krwinki dawcy | | Autokontrola (jeżeli wykonywano)  (jeżeli wykonywano) | jeżeli wykonywano  (jeżeli wykonywano) | Reakcja ze stand. Anty-D  Reakcje ze stand. anty-D | Wynik (pilna próba zgodności-dokładne określenie daty i godziny zakończenia badania) | Uwagi | Badanie wykonał\* | Wynik autoryzował\* |
| PTA | | | Kontrola ujemnych wyników w PTA, jeżeli techniką probówkową | | |
| Krwinki wzorcowe | | | | | |
|  |  |  |  |  | I | II | III | I | II | III | PTA | Kontrola ujemnego PTA, jeżeli techniką probówkową | PTA | BTA |
|  |  |  |  |  |  | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* 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.

WZÓR

ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE

Oznaczenie podmiotu z jednostką lub komórką organizacyjną:

Data wystawienia zlecenia……………………

Tryb wykonania badania\*

□ NORMALNY □ PILNY

Do Pracowni Konsultacyjnej Immunologii Krwinek Czerwonych Centrum Krwiodawstwa   
i Krwiolecznictwa w …………………………………………………

Nazwisko i imię pacjenta……………………………………………………  
Numer PESEL .................................................................. Płeć\* □ K □ M  
W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość …………………………...……Data urodzenia………………………….………  
Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ………….……………lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny …………..………………………………………………………………….

Rodzaj badania:\*  
□ Oznaczenie grupy krwi układu ABO i RhD   
□ Identyfikacja przeciwciał  
□ Diagnostyka niedokrwistości autoimmunohemolitycznej (NAIH)  
□ Diagnostyka choroby hemolitycznej noworodka  
□ Badanie w kierunku konfliktu matczyno-płodowego  
□ Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-RhD  
□ Badanie u biorcy/dawcy przed przeszczepieniem/ po przeszczepieniu KK  
□ Analiza serologiczna niepożądanego zdarzenia lub niepożądanej reakcji poprzetoczeniowej  
□ Inne……………………………………………………………………………………  
Rozpoznanie jednostki chorobowej…………………………………..…………….……  
Wyniki badań laboratoryjnych\*\*: RBC…… Hb……… Ht…… Retykulocyty………… Haptoglobina………….. Bilirubina…………… Inne…………..............

Potencjalne przyczyny alloimmunizacji:\*  
□ Ciąże – jeżeli aktualne: która……………………..,tydzień………………………………  
□ Podanie immunoglobuliny anty-RhD – data podania……………………………………….  
□ Biorca wielokrotny – data ostatniego przetoczenia……………………………..………..  
□ Leki zawierające przeciwciała monoklonalne, jakie……………, kiedy…………………  
□ Przeszczepienie KK – data przeszczepienia ……………………, grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem KK………………….., grupa krwi dawcy KK……………………………  
□ Inne istotne………………………………………………………………………………  
Rodzaj materiału do badania: \* □ Krew żylna na skrzep/EDTA□ Krew tętnicza na skrzep/EDTA

|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina wystawienia zlecenia  ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪ | Data i godzina pobrania próbki krwi  ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz. ⁪⁪ |
| Oznaczenie\*\*\* i podpis lekarza zlecającego badanie | Oznaczenie\*\*\* i podpis osoby pobierającej |

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* W przypadku pacjentów kierowanych na badania konsultacyjne po raz pierwszy dołączyć szczegółowy protokół badania serologicznego.

\*\*\* 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.

WZÓR

ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D  
W RAMACH PROFILAKTYKI KONFLIKTU SEROLOGICZNEGO RhD

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia……………………

Tryb wykonania badania\*

□ NORMALNY □ PILNY

Do Pracowni immunologii transfuzjologicznej w ……………………………………….

Nazwisko i imię ciężarnej/matki……………….………………………  
Numer PESEL ………………………………………………………….   
W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość …………………………………Data urodzenia……………………………

Jeżeli kobieta NN - numer księgi głównej …………………lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny…………………………………………………………

Noworodek\*: □ syn □ córka

Data urodzenia………………………………………………………………………..…… (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.⁪⁪⁪⁪

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* 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.

WZÓR

WYNIK BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH   
DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki wykonującej badanie | | | |
| **Wynik badań immunohematologicznych kwalifikujących do podania immunoglobuliny anty-D** | | | Data i godzina pobrania próbki  ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz. ⁪⁪⁪⁪ |
| Data i godzina przyjęcia próbki do badań  ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz. ⁪⁪⁪⁪ |
| Nr badania |  | | Nazwa jednostki kierującej na badanie |
| Data badania | ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ | |
| Nazwisko i imię matki  .................................................................................................................  Numer PESEL  .............................................................................................................................  Data urodzenia (jeżeli kobieta nie posiada numeru PESEL)  ......................................................  Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość kobiety nieposiadającej numeru  PESEL................................................................................................................  Jeżeli pacjentka NN - numer księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny  ID…………………………………………………………  Grupa krwi ABO i RhD .....................................................  Przeciwciała anty-D .......................................................... | | | |
| Noworodek\* syn córka  Data i godzina urodzenia: ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz. ⁪⁪⁪⁪  Grupa krwi ABO i RhD ...................................................  ciąża mnoga (w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej cyfry wskazujące na kolejność urodzenia)\*\*  Noworodek 1 ……….. Grupa krwi ABO i RhD ..............................................  Noworodek 2 ……….. Grupa krwi ABO i RhD .............................................. | | | |
| Badanie wykonano metodą\*\*\* | | | |
| Wykonał\*\*\*\* | | Autoryzował\*\*\*\* | |
| Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-D\* TAK NIE | | | |

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* Zaznaczyć, jeżeli dotyczy.

\*\*\* Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metodą:

- automatyczną (producent analizatora)…………  ABO i RhD  PTA

- półautomatyczną (producent analizatora)………  ABO  RhD  PTA

- manualną: • szkiełkową:  ABO  RhD

• probówkową:  ABO  RhD  PTA

• mikrokolumnową:  ABO i RhD  PTA

\*\*\*\* 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.