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.