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

 Data wystawienia zlecenia……………………

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

 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. 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.