

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu		
Numer wersji 1	SOP-DITKCz/PBK-PZ-01	Strona 1 z 2
Załącznik: 6	Wersja załącznika:1	Data: 02-09-2024

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia:.....

Tryb wykonania badania*: ☐ **NORMALNY** ☐ **PILNY**

Zlecenie na Konsultacyjne Badanie Immunohematologiczne

Do Pracowni Badań Konsultacyjnych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu

Nazwisko i imię pacjenta:.....

Numer PESEL:.....

Płeć*: ☐ **K** ☐ **M**

W przypadku osoby nieposiadającej numeru 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 niepożądaney reakcji poprzetoczeniowej
- ☐ Inne:.....

Rozpoznanie jednostki chorobowej:.....

Wyniki badań laboratoryjnych **::

RBC.....Hb.....Ht.....Retykulocyty.....Haptoglobina.....Bilirubina.....

..... Inne:.....

Potencjalne przyczyny alloimmunizacji *:

- ☐ Ciężce – 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

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu		
Numer wersji 1	SOP-DITKCz/PBK-PZ-01	Strona 2 z 2
Załącznik: 6	Wersja załącznika:1	Data: 02-09-2024

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.	