

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu		
Numer wersji 1	SOP-DITKCz/PBK-PZ-01	Strona 1 z 1
Załącznik: 7	Wersja załącznika:1	Data: 02-09-2024

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia:

Tryb wykonania badania*:

☐ NORMALNY ☐ PILNY

Do Pracowni Badań Konsultacyjnych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu

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 anty-RhD w czasie obecnej ciąży*:

☐ NIE ☐ TAK – data podania: dawka:(zgodnie z informacją podaną na.....)

☐ BRAK INFORMACJI

Ciąża*: ☐ pojedyncza ☐ mnoga

Data porodu:

(dzień, godzina i minuta w systemie 24-godzinny, 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:..... Podpis osoby odbierającej:.....

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

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

*** 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.