

Zlecenie na Konsultacyjne Badanie Immunohematologiczne

Oznaczenie podmiotu z jednostką lub komórką Jednostka lub komórka

Data wystawienia zlecenia:.....
Tryb wykonania badania*: NORMALNY PILNY

Do Pracowni Konsultacyjnej Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w

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 anti-RhD
- Badanie u biorcy/ dawcy przed przeszczepieniem/ po przeszczepieniu KK
- Analiza serologiczna niepożądanego zdarzenia lub niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej
- Inne:.....

Rozpoznanie jednostki chorobowej:.....

Wyniki badań laboratoryjnych **: RBC.....Hb.....Ht.....Retykuloocyty.....

Haptoglobina.....Bilirubina..... Inne.....

Potencjalne przyczyny alloimmunizacji *:

- Ciążę – jeżeli aktualne: która....., tydzień.....
- Podanie immunoglobuliny anti-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.

* Właściwie 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.

Wyniki badań serologicznych przeprowadzonych w jednostce kierującej

Krwinki wzorcowe do badania przeglądowego przeciwciał	I	II	III	metoda

W załączeniu wzór krwinek: I, II, III

Grupa krwi pacjenta:

Pieczątka i podpis osoby wykonującej badanie