

Zamówienie indywidualne na produkty krwiopochodne (immunoglobulinę anti-RhD)

WYPEŁNIA LEKARZ ¹⁾

.....
(oznaczenie podmiotu leczniczego)

Nazwisko i imię pacjentki:

Data urodzenia pacjentki:

Numer PESEL pacjentki²⁾:

ZASTOSOWANIE IMMUNOPROFILAKTYKI W TRAKCIE CIĄŻY:

TAK

Tydzień ciąży: Data podania:

Miejsce podania: Zastosowana dawka:

NIE

ROZPOZNANIE

poród fizjologiczny dziecka RhD dodatniego – **150 µg**;

poród patologiczny dziecka RhD dodatniego (cięcie cesarskie, poród martwego płodu, poród mnogi, poród z zabiegiem Credego lub z ręcznym wydobyciem łożyska)³⁾ – **300 µg**;

po poronieniu samoistnym lub przerwaniu ciąży, po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej (amniopunkcja, biopsja kosmówki, kordocenteza) po usunięciu ciąży pozamacicznej, w przypadku zagrażającego poronienia lub porodu przedwczesnego, przebiegającego z krwawieniem z dróg rodnych oraz po wykonaniu obrotu zewnętrznego płodu⁴⁾:

do 20 tygodnia ciąży – **50 µg**;

po 20 tygodniu ciąży – **150 µg**;

podejrzenie lub stwierdzenie przecieku płodowo-matczynego (ilość immunoglobuliny anti-RhD określona indywidualnie, na podstawie oceny wielkości przecieku) – µg

.....
(data wystawienia zamówienia)

.....
(czytelny podpis lekarza)

¹⁾ Podstawą wystawienia zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne (immunoglobulinę anti-RhD) jest wynik badania immunohematologicznego, kwalifikującego do podania immunoglobuliny anti-D.

²⁾ W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

³⁾ Należy podkreślić odpowiednie wskazanie.

⁴⁾ Należy podkreślić odpowiednie wskazanie.

Wypełnia osoba wydająca immunoglobulinę anty-RhD

Nazwa produktu:

Nr serii:

Ilość ampułek: Dawka Ig anty-RhD:

Data ważności:

.....
(data wydania produktu)

.....
(czytelny podpis osoby wydającej produkt)

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej produkt)