Załącznik nr 16

WZÓR

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia: .....

Tryb wykonania badania*:

☐ NORMALNY ☐ PILNY

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej w .....

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-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:	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: .....

* Właściwe 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 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.