

**ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA PRODUKTY KRWIOPCHODNE
(IMMUNOGLOBULINĘ anty-RhD)**

WYPEŁNIA LEKARZ ¹⁾

.....
Oznaczenie podmiotu leczniczego (pieczętka)

Nazwisko i imię pacjentki:

Data urodzenia pacjentki:

Numer PESEL pacjentki ²⁾:

ZASTOSOWANIE IMMUNOPROFILAKTYKI W TRAKCIE CIAŻY:

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 płodu ⁴⁾:

do 20 tygodnia ciąży - **50 µg**

po 20 tygodniu ciąży - **150 µg**

podejrzenie lub stwierdzenie przecieku płodowo-matczyngo (ilość immunoglobuliny anty-RhD określona indywidualnie, na podstawie oceny wielkości przecieku) - µg

.....
data wystawienia zamówienia

.....
czytelny podpis lekarza i pieczętka

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

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

3) Należy podkreślić odpowiednie wskazanie

4) Należy podkreślić odpowiednie wskazania
