

Pieczęć jednostki kierującej				Data wystawienia zlecenia				Tryb badania <input type="checkbox"/> RUTYNOWY <input type="checkbox"/> PILNY						
Nazwisko i imię pacjenta								Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M						
Nr PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Data urodzenia				Pacjent NN - nr księgi gł./oddział.						
<u>SKIEROWANIE NA BADANIA DO PRACOWNI KONSULTACYJNEJ RCKiK w KATOWICACH</u>														
Rodzaj badania: <input type="checkbox"/> Oznaczenie grupy krwi układu ABO i RhD <input type="checkbox"/> Identyfikacja alloprzeciwciał <input type="checkbox"/> Diagnostyka niedokrwistości autoimmunohemolitycznej (NAIH) <input type="checkbox"/> Diagnostyka choroby hemolitycznej noworodka <input type="checkbox"/> Badania w kierunku konfliktu matczyno-płodowego <input type="checkbox"/> Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-D <input type="checkbox"/> Badania u biorcy/dawcy przed przeszczepieniem KK <input type="checkbox"/> Inne														
<u>Wywiad lekarski</u> Rozpoznanie :														
<input type="checkbox"/> ciąży – jeśli aktualnie: która, tydzień <input type="checkbox"/> podanie immunoglobuliny anty-D – data podania <input type="checkbox"/> biorca wielokrotny – data ostatniej transfuzji <input type="checkbox"/> leki zawierające przeciwciała monoklonalne, jakie, kiedy <input type="checkbox"/> przeszczepienie KK – data przeszczepu, grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem KK grupa krwi dawcy KK <input type="checkbox"/> inne istotne.....														
Istotne wyniki laboratoryjne RBC Hb Ht Bilirubina Inne														
Lekarz kierujący				Rodzaj materiału <input type="checkbox"/> próbka krwi na skrzep <input type="checkbox"/> próbka krwi na EDTA		Data i godzina pobrania próbki krwi		Dane osoby pobierającej próbkę krwi						
<u>Protokół badania serologicznego</u>														
Grupa krwi ABO i RhD technika:							Przełądowe badanie przeciwciał; BTA; próby zgodności technika: (dołączyć fenotypy krwinek wzorcowych)							
anty-A	anty-B	anty-D	O	A1	B	AK	I	II	III	IV	AK	BTA	Dawca nr	Dawca nr
Wynik badania												Data badania		
Pieczętka pracowni wykonującej						Wykonał				Autoryzował				
<u>Rejestracja próbki w Pracowni Konsultacyjnej RCKiK</u>														
Data i godzina przyjęcia próbki						Numer badania				Podpis osoby rejestrującej				