

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>ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE</u> <u>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-łożniowego <input type="checkbox"/> Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anti-D <input type="checkbox"/> Badania u biorcy/dawcy przed przeszczepieniem KK <input type="checkbox"/> Inne																			
Wywiad lekarski Rozpoznanie :																			
<input type="checkbox"/> ciąża – jeśli aktualnie: która, tydzień <input type="checkbox"/> podanie immunoglobuliny anti-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																			
Oznaczenie i podpis lekarza zlecającego badanie		Rodzaj materiału <input type="checkbox"/> krew na skrzep <input type="checkbox"/> krew na EDTA <input type="checkbox"/> krew pępowinowa	Data i godzina pobrania próbki krwi	Oznaczenie i podpis osoby pobierającej															
Protokół badania serologicznego																			
Grupa krwi ABO i RhD technika:			Przeglądowe 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							
Rejestracja próbki w Pracowni Konsultacyjnej RCKiK					Data i godzina przyjęcia próbki					Numer badania					Podpis osoby rejestrującej				