

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach		
Nr wersji: 01	SOP-DIT-PK-PR-01	Strona 1 z 1
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 01	Data: 03.03.2025

Pieczęć jednostki kierującej		Data wystawienia zlecenia												
		Tryb badania ☐ RUTYNOWY ☐ PILNY	Lekarz – potwierdzenie trybu											
Nazwisko i imię pacjenta			Płeć											
			☐ K ☐ M											
Nr PESEL		Data urodzenia	Pacjent NN - nr książki gł./oddział.											
ZLECENIE NA BADANIA DO PRACOWNI KONSULTACYJNEJ RCKiK w KATOWICACH														
Rodzaj badania: ☐ Identyfikacja alloprzeciwciał / Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-RhD ☐ Diagnostyka niedokrwistości autoimmunohemolitycznej (NAIH) ☐ Badania w kierunku konfliktu matczyno-płodowego/Diagnostyka choroby hemolitycznej noworodka ☐ Konsultacyjne oznaczenie grupy krwi układu ABO i RhD (gdy nie można oznaczyć w pracowni szpitalnej) ☐ Badania u biorcy/dawcy przed przeszczepieniem KK ☐ Inne														
Wywiad lekarski Rozpoznanie :														
☐ Biorca wielokrotny – data ostatniej transfuzji ☐ Cięża w wywiadzie TAK / NIE – jeśli aktualnie: która, tydzień ☐ Podanie immunoglobuliny anty-D – data podania ☐ Leki zawierające przeciwciała monoklonalne, jakie, kiedy ☐ Przeszczepienie komórek krwiotwórczych (KK) – data przeszczepu, grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem KK grupa krwi dawcy KK Inne istotne informacje														
Istotne wyniki laboratoryjne RBC Hb Ht Bilirubina Inne (np. LDH, haptoglobina)														
Lekarz kierujący		Rodzaj materiału ☐ próbka krwi na skrzep ☐ próbka krwi na EDTA	Data i godzina pobrania próbki Dane osoby pobierającej próbkę											
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		
Pieczęćka pracowni wykonującej						Wykonał						Autoryzował		
Rejestracja próbki w Pracowni Konsultacyjnej RCKiK														
Data i godzina przyjęcia próbki						Numer badania						Podpis osoby rejestrującej		