

ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE
DO PRACOWNI SEROLOGICZNEJ BADAŃ KONSULTACYJNYCH RCKiK
w GDAŃSKU

.....
Pieczętka jednostki kierującej

Data.....

Tryb wykonania badania:

NORMALNY **PILNY** **NA RATUNEK**

Oddział.....

DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię:

Nr księgi głównej/oddziałowej dla pacjenta NN lub niepowtarzalny nr identyfikacyjny

Data urodzenia

Płeć: **K** **M**

PESEL

nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość jeśli brak nr PESEL

Rozpoznanie:

Wyniki laboratoryjne: Hb.....; Ht.....; Retykuloocyty.....; Haptoglobina.....;
Bilirubina.....; inne.....

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała):.....

Transfuzje (data ostatniego przetoczenia):.....

Ciąże (podać daty):.....

Rodzaj badania:

- Określenie grupy krwi**
- Identyfikacja przeciwciał**
- Diagnostyka NAIH**
- Badania u biorecy przed przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM)**
- Badania u dawcy krwiotwórczych komórek macierzystych**
- Badania u biorecy po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM)**

Data przeszczepienia:.....

Grupa krwi biorecy przed przeszczepieniem:.....

Grupa krwi dawcy przeszczepu:.....

- Analiza serologiczna powikłania poprzetoczeniowego**
- Badania w kierunku konfliktu matczyno- płodowego**

Ciąża: pierwsza kolejna (która)..... tydzień ciąży.....

- Badania w kierunku choroby hemolitycznej noworodka**

.....
Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego

Rodzaj materiału do badania:

próbka krwi: na **skrzep** , **EDTA** Data i godzina pobrania próbki

Czytelny podpis osoby pobierającej

Wyniki badań serologicznych

Numer badania:.....

Grupa krwi.....Przeciwciała odpornościowe.....

Wykonywane testy	Krwinki wzorcowe, nr donacji (przy próbie zgodności) *-podać rodzaj/serię używanych krwinek wzorcowych; (dołączyć spis układu antygenów)							Uwagi
	I*	II*	III*	IV*				
Pośredni test antyglobulinowy (PTA)								
Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA)								

Wynik próby zgodności.....

Inne.....

.....

.....
 Podpis i pieczęć osoby wykonującej badanie
 / kierującej na badanie

Wynik przekazać : jednostce kierującej , do innej jednostki

do Oddziału Terenowego RCKiK w....., zostanie odebrany z RCKiK w Gdańsku

na wskazany adres domowy

.....
 Data i godzina przyjęcia próbki**

.....
 Numer badania**

Podpis osoby przyjmującej badanie**:.....

****wypełnia pracownik RCKiK**