

Zamówienie indywidualne na produkty krwiopochodne (immunoglobulinę anti-RhD)
WYPEŁNIA LEKARZ ¹⁾

.....
(oznaczenie podmiotu leczniczego)

Nazwisko i imię pacjentki:

Data urodzenia pacjentki:

Numer PESEL pacjentki ²⁾:

ZASTOSOWANIE IMMUNOPROFILAKTYKI W TRAKCIE CIĄŻY:

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 ³⁾:

do 20 tygodnia ciąży – 50 µg;

po 20 tygodniu ciąży – 150 µg;

podejrzenie lub stwierdzenie przecieku płodowo-matczynego (ilość immunoglobuliny anti-RhD określona indywidualnie, na podstawie oceny wielkości przecieku) – µg

.....
(data wystawienia zamówienia)

.....
(czytelny podpis lekarza)

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

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

3) Należy podkreślić odpowiednie wskazanie.