

**ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE
DO PRACOWNI SEROLOGICZNEJ BADAŃ KONSULTACYJNYCH (PSBK) RCKiK w GDAŃSKU**

Data.....

Pieczątką jednostki kierującej

Tryb wykonania badania*:

Oddział.....

NORMALNY **PILNY** **NA RATUNEK** **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*:** TAK - data ostatniego przetoczenia; NIE **Ciąże*:** TAK - pierwsza ; kolejna (która)..... tydzień ciąży.....NIE **Podanie immunoglobuliny anty-RhD *:** TAK - data podania; NIE **Przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM)*:**TAK - Data przeszczepienia: Grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem:.....

Grupa krwi dawcy przeszczepu:.....

Leki zawierające przeciwciała monoklonalne* : TAK - jakie; kiedy NIE **Rodzaj badania*:**

- Określenie grupy krwi**
- Identyfikacja przeciwciał**
- Diagnostyka NAIH**
- Badania u biorcy przed przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM)**
- Badania u dawcy krwiotwórczych komórek macierzystych**
- Badania u biorcy po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM)**
- Analiza serologiczna niepożądanego zdarzenia lub niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej**
- Badania w kierunku konfliktu matczyno- płodowego**
- Badania w kierunku choroby hemolitycznej noworodka**
- Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-RhD**
- inne**

.....
Data/ godzina wystawienia zlecenia.....
Czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

Rodzaj materiału do badania*: krew: żylna tętnicza pępowinowa
 pobrana na skrzep pobrana na EDTA

* Właściwie zaznaczyć **X**

.....
 Data i godzina pobrania próbki

.....
 Czytelny podpis i pieczętka osoby pobierającej

wypełnia PST wykonująca badanie

Wyniki wykonanych badań serologicznych

Grupa krwi: (należy dołączyć „wynik grupy krwi pacjenta”)

Uzupełnić jeśli problem z oznaczeniem grupy krwi ABO/ RhD	Odczynniki monoklonalne				Krwinki wzorcowe			Wynik badania
	anty-A	anty-B	anty-D	anty-D	O	A1	B	

Przeciwciała odpornościowe.....

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

Inne.....

.....

.....
 Oznaczenie Pracowni Serologii Transfuzjologicznej wykonującej badanie

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

Wynik przekazać: jednostce kierującej ; Pracowni Serologii transfuzjologicznej wykonującej badanie ; inne

wypełnia pracownik PSBK

.....
 Data i godzina przyjęcia próbki

.....
 Numer badania

Podpis osoby przyjmującej badanie:.....