

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku		
Nr wersji: 1	SOP-DLiIT/PSBK-PZ-01	Strona 1 z 2
Załącznik nr: 5	Wersja zał. nr: 1.1	Data: 15.09.2025

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

Data.....

.....
Pieczętka jednostki kierującej
Oddział.....

Tryb wykonania badania*:
NORMALNY **PILNY** **NA RATUNEK**

DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię:
Nr książki 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.....; Retykulocyty.....; 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

Przeszczerpienie 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 niepożądaney reakcji poprzetoczeniowej
- Badania w kierunku konfliktu matczy-no-łodowego
- Badania w kierunku choroby hemolitycznej noworodka
- Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-RhD
- inne

..... <i>Data/ godzina wystawienia zlecenia</i> <i>Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego</i>
--	---

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

* Właściwe zaznaczyć X

..... <i>Data i godzina pobrania próbki</i> <i>Czytelny podpis i pieczętka osoby pobierającej</i>
--	--

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku		
Nr wersji: 1	SOP-DLiIT/PSBK-PZ-01	Strona 2 z 2
Załącznik nr: 5	Wersja zał. nr: 1.1	Data: 15.09.2025

wypełnia PST wykonująca badanie

Wyniki wykonanych badań serologicznych

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

Uzuppełnić 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)							Uwagi
	*-podać rodzaj/serię używanych krwinek wzorcowych; (dołączyć spis układu antygenów) Jeśli badanie wykonano w analizatorze -dołączyć wydruki wyników reakcji.							
	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 próbek

.....
Numer badania

Podpis osoby przyjmującej badanie:.....