KSIĄŻKA TRANSFUZYJNA

(w poziomym układzie strony)

Strona 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa składnika krwi | Numer donacji | Miejsce wytworzenia | Termin ważnościskładnika krwi | Data i godzina otrzymania składnika krwi | Dawca ABO RhD | Biorca ABO RhD | Nazwisko, imię biorcy | Numer PESEL biorcy lub data urodzenia, w przypadku braku nr PESEL, jeżeli pacjent NN - nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer historii choroby | Numery wyników grupy krwi biorcy\*/Numer wyniku próby zgodności\*\* | Nazwisko i imię lekarzazlecającego przetoczenie | Data i godzina rozpoczęciaprzetaczania składnika krwi | Data i godzina zakończeniaprzetaczania składnika krwi | Nazwisko i imię osoby wykonującej przetoczenie | Przetoczona objętość | Ocena przebiegu przetoczenia (uwagi o możliwych niepożądanych reakcjach i zdarzeniach) | Oznaczenie\*\*\*lekarza odpowiedzialnego za przebieg przetoczenia oraz jego podpis |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |  19 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* W przypadku przetoczenia osocza, KKP i krioprecypitatu - numer badania wyniku grupy krwi biorcy, na podstawie której oceniono zgodność serologiczną z dawcą.

\*\* W przypadku przetoczenia KKCz, KPK i KG - numer badania wyniku próby zgodności.

\*\*\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

 WZÓR

STANDARDOWA PROCEDURA OPERACYJNA (SOP)

|  |
| --- |
| Nazwa podmiotu leczniczego: Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej:  |
| Standardowa Procedura Operacyjna numer……….. | Wersja numer  |
| Tytuł procedury:  |
| Sporządził: ………………………(imię i nazwisko) | Data sporządzenia | Podpis |
| Zatwierdził kierownik podmiotu leczniczego: …………………………..(imię i nazwisko) | Data zatwierdzenia | Podpis |
| Obowiązuje od dnia |  | Zastępuje SOP numer …………………………. |
| Treść procedury |
| Procedura numer ………….. | Wersja numer …………… | Strona 1 z …………….. |

Oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższą procedurą i zobowiązuje się do jej stosowania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby przeszkolonej | Data przeszkolenia | Podpis |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Rozdzielnik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Komórka organizacyjna odbierająca procedurę | Data przekazania | Podpis osoby odbierającej | Data zwrócenia | Podpis osoby odbierającej |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

Weryfikacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Data weryfikacji | Oznaczenie\* i podpis osoby dokonującej weryfikacji |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW LUB JEJ SKŁADNIKI

…………………………………

(data i miejscowość)

 Do Banku Krwi……………………………..

Nazwisko i imię pacjenta ..................................................................

Numer PESEL …………………….… data urodzenia…………… Płeć\* □ K □ M

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość………………………..…………………

Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ……………………………,

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny……………………………

Grupa krwi pacjenta .....................................................

Przeciwciała odpornościowe.........................................

Rozpoznanie choroby ...................................................

Wskazanie do przetoczenia……………………………

PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składnika) (liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia\*\*……………………………………………………………………

Grupa krwi ABO RhD (słownie) Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba)

 ……………………………………………………

 (data, oznaczenie\*\*\* oraz podpis lekarza zamawiającego)

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\*Składnik ubogoleukocytarny, napromieniowany, itd.

\*\*\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

KARTA IDENTYFIKACYJNA GRUPY KRWI

Strona 1

|  |
| --- |
| Karta identyfikacyjna grupy krwi |
| Nazwa albo firma podmiotu leczniczego  |
| Imiona i nazwisko |
| Data i miejsce urodzenia |
| Imiona rodziców |
| Numer PESEL\* |

Strona 2

|  |
| --- |
| Nazwa pracowni immunologii transfuzjologicznej |
| Grupa krwi |
| Uwagi |
| Daty i numery badań |  |
|  |
| ...............................................numer wpisu z książki badań grup krwi/rok lub pełna data wpisu | .....................................................................................................................................Oznaczenie osoby uprawnionej do dokonania wpisu zawierające imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.  |

\* W przypadku osób nieposiadających numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

WZÓR

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

 Data wystawienia zlecenia

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

 Tryb wykonania badania\* □ NORMALNY

 □ PILNY

 Do Pracowni immunologii transfuzjologicznej w

 …………….…………………………………

 ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię pacjenta ...................................................................

Numer PESEL …………………….… data urodzenia…………… Płeć\* □ K □ M

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość……………………………………..……

Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ……………………………

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny……………………………

Rozpoznanie..........................................................................................

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała odpornościowe)

...............................................................................................................

Rodzaj materiału do badania\* □ Krew żylna na skrzep/EDTA

 □ Krew tętnicza na skrzep/EDTA □ Krew pępowinowa na skrzep/EDTA

|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina wystawienia zlecenia | Data i godzina pobrania próbki krwi |
| Oznaczenie\*\* i podpis lekarza  | Oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej próbkę |

Data i godzina przyjęcia próbki do badania Numer badania

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

 Data wystawienia zlecenia……………………

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

 Tryb wykonania badania\*

 □ NORMALNY □ PILNY

Do Pracowni immunologii transfuzjologicznej w ……………………………………….

Nazwisko i imię pacjenta .....................................................................

Numer PESEL ………………………data urodzenia………………… Płeć\* □ K □ M

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość……………………………………..………

Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ……………………..………

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny……………………………

Rozpoznanie...........................................................................................

Grupa krwi ABO i RhD………………………………..…..
Przeciwciała odpornościowe ………………………………
Biorca: □ pierwszorazowy □ wielokrotny: data ostatniego przetoczenia………

Rodzaj materiału do badania\*\*: □ Krew żylna na skrzep/EDTA
□ Krew tętnicza na skrzep/EDTA□ Krew pępowinowa na skrzep/EDTA

|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina wystawienia zlecenia  | Data i godzina pobrania próbki krwi |
| Oznaczenie\*\*i podpis lekarza zlecającego badanie | Oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej |

WYPEŁNIA BANK KRWI

Składniki krwi zarezerwowane dla pacjenta przez Bank Krwi:

Grupa krwi i numer donacji ................................................................

Grupa krwi i numer donacji ................................................................

Grupa krwi i numer donacji ................................................................

Grupa krwi i numer donacji ................................................................

 .……………………………

 (podpis osoby wydającej segmenty drenów)

Data i godzina przyjęcia próbki do badania Numer badania

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

WYNIK BADANIA GRUPY KRWI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki wykonującej badanie | Wynik Badania Grupy Krwi\* potwierdzony (1) niepotwierdzony (2) | Data i godzina pobrania próbki |
| Data i godzina przyjęcia próbki do badań |
| Nr badania: |  | Nazwa jednostki kierującej na badanie |
|  |
| Data badania: |  |
|  |
| Dane pacjenta:Nazwisko i imię ……………………………………………………………………….. |
| Numer PESEL\*\*…………………………………………………….…Data urodzenia……………………Płeć\*: MĘŻCZYZNA KOBIETAJeżeli pacjent NN - nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID)…………………………………………………………………..….. |
| Grupa krwi pacjenta: |
| Przeciwciała odpornościowe: |
| Uwagi: |
| Badanie wykonano metodą\*\*\*:  |
| Wykonał\*\*\*\*: | Autoryzował\*\*\*\*:Data i godzina wydruku…………………… |

(1) Wynik badania grupy krwi potwierdzony - wydany na podstawie wykonania dwóch oznaczeń z dwóch próbek krwi pobranych od tego samego pacjenta w różnym czasie

(2) Wynik badania grupy krwi niepotwierdzony - wydany na podstawie wykonania jednego oznaczenia

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

\*\*\* Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metodą:

- automatyczną (producent analizatora)…………  ABO i RhD  PTA

- półautomatyczną (producent analizatora)………  ABO  RhD  PTA

- manualną: • szkiełkową:  ABO  RhD

 • probówkową:  ABO  RhD  PTA

 • mikrokolumnową:  ABO i RhD  PTA

\*\*\*\* Oznaczenie osoby zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI DO PILNEGO PRZETOCZENIA

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

 Data wystawienia zlecenia …………………………

**PILNY**

Tryb zlecenia

Do Banku Krwi ……….………………………

Nazwisko i imię pacjenta ......................................................................

Numer PESEL ……………………… data urodzenia…….………… Płeć\* □ K □ M W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość……………………………………..……….
Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ………………………………
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny………………………………
Rozpoznanie.............................................................................................
Grupa krwi ............................................................
Przeciwciała odpornościowe ...................................................................
Biorca\*: □ pierwszorazowy □ wielokrotny □ ciąże ………………
Data ostatniego przetoczenia ..................................................................

PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składnika) (liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia\*\*………………………………………………

Grupa krwi ABO RhD (słownie) Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba)

…………………………………………

(data, oznaczenie\*\*\* oraz podpis lekarza zamawiającego)

WYPEŁNIA BANK KRWI

Składniki krwi wydane dla pacjenta przez Bank Krwi:

Grupa krwi i numer donacji ............................................................

Grupa krwi i numer donacji ............................................................

Grupa krwi i numer donacji ............................................................

Grupa krwi i numer donacji .............................................................

……..……………………………….
(podpis osoby wydającej segmenty drenów)

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* Składnik ubogoleukocytarny, napromieniowany, itd.

\*\*\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

WYNIK PRÓBY ZGODNOŚCI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki wykonującej badanie | Wynik Próby Zgodności | Data i godzina pobrania próbki |
| Ważny do:  | dd-mm-rrrr  | gg:mm | Data i godzina przyjęcia próbki do badań |
| Nr badania |  | Nazwa jednostki kierującej na badanie |
| Data badania: | dd-mm-rrrr |
| Dane pacjenta: Nazwisko i imię: ……………………………………………………………………………… |
| Numer PESEL\* …………………………………………………Data urodzenia …………………………………………………. Płeć\*\*: MĘŻCZYZNA KOBIETAJeżeli pacjent NN - numer księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID)…………………………………………………………………………………………… |
| Grupa krwi pacjenta: | Fenotyp: |
| Przeciwciała odpornościowe: |  |
| Uwagi: |
| Dawcy: | Podpisy lekarza/pielęgniarki odpowiedzialnych za przetoczenie: |
| nr donacji |  | grupa krwi fenotyp: | wynik: |  |  |
| nr donacji |  | grupa krwi fenotyp: | wynik: |  |  |
| nr donacji |  | grupa krwi fenotyp: | wynik: |  |  |
| Wykonał\*\*\*: | Autoryzował\*\*\*: |  |
| Badanie wykonano metodą\*\*\*\*: Data i godzina wydruku: |

\* W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

\*\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\*\* Oznaczenie osoby zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

\*\*\*\* Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metodą:

- automatyczną (producent analizatora)…………  ABO i RhD  PTA

- półautomatyczną (producent analizatora)………  ABO  RhD  PTA

- manualną: • szkiełkową:  ABO  RhD

 • probówkową:  ABO  RhD  PTA

 • mikrokolumnową:  ABO i RhD  PTA

WZÓR

ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA

|  |
| --- |
| Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierający nazwę albo firmę i adres) |
| ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIAdo ............................... Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w .............................. |
| Przetoczenie | Gdzie\* |  □ sala operacyjna  □ OAiIT  □ oddział ...............  □ inne.................... |
| Kiedy\* |  □ w godzinach pracy regulaminowej □ dyżur  □ sobota i święto (dzień wolny od pracy) |
| Nazwisko i imię pacjenta: | Płeć\*: □ K □ Mdata urodzenia/numer PESEL\*\*…………………………………………numer księgi głównej ……………………………………..………………….. |
| W przypadku pacjenta NN:  | Płeć\*: □ K □ Mnumer księgi głównej ………………………....…………………..niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta…………………………………………… |
| Rozpoznanie ............................................................................................Hb ........... (przed przetoczeniem) ........... (po przetoczeniu) ……..Liczba płytek:………………………….(przed przetoczeniem)…………………………(po przetoczeniu) | Grupa krwi pacjenta ................................przeciwciała ............................................ |
| Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia:⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪⁪⁪Data i godzina zakończenia przetoczenia:⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪⁪⁪ | Grupa krwi ......... przetoczona objętość ........... ml numer donacji (składnika krwi) ..................................................................data pobrania ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪data ważności ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪czas wystąpienia reakcji\*: □ podczas przetoczenia............... min ................ godzina□ po zakończeniu przetoczenia....... min ....... godzin..... dni  |
| Przetaczane składniki\*□ KPK □ KKCz □ KKP □ FFP □ KG □ inne (jakie) | Preparatyka\*:□z krwi pełnej □ afereza □ ubogoleukocytarne □ napromieniowane □ inne……………………………………….. |
| Próba zgodności serologicznej wykonana w ...............................................................................................................................................Wynik ............................................................................................................................................... |
| Objawy kliniczne/Biologiczne oznaki reakcji niepożądanej\* |
| ciepłotaRRtętnoniewydolność krążeniahemoglobinuriainne | przed………............................................................ | po………............................................................ | □ niepokój □dreszcze□ świąd□ wysypka□ zaczerwienienie□ mdłości lub wymioty□ niewydolność  nerek □ żółtaczka□ inne …………… | □ bóle w okolicy lędźwiowej□ bóle w okolicy klatki piersiowej□ bóle brzucha□duszność□ wstrząs□utrata świadomości | Wyniki: bilirubina ……………LDH………Haptoglobina .......................Gazometria:pO2 .......................pCO2 .......................Płuca:osłuchowo .............................................. ..............................................RTG klatki piersiowej .....................................................................BNP………...CRP………...inne |
| Zastosowane leczenie\*□ tlenoterapia □ intubacjaOpis:  |
| Nasilenie powikłania\*□ 0. brak□ 1. natychmiastowe, niezagrażające życiu□ 2. natychmiastowe, zagrażające życiu□ 3. długotrwała choroba□ 4. zgon | Inne ważne informacje klinicznestan pacjenta przed przetoczeniem\*: □ ciężki □ dość dobryoperacja: □ tak, kiedy ……………………………………………………….……….□ nie□ inne (podać jakie)………………………………………………………………………………………… |
| Przetoczono nieprawidłowy składnik \* □ TAK □ NIEGdzie wystąpił błąd .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................(np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik) |
| Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi \* □ TAK □ NIEPodać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia ............................................................................................................................................... |
| Czy podczas poprzednich przetoczeń obserwowano niepożądane reakcje\* □ TAK □ NIE |
| W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi lub jej składnika, numer donacji (składnika krwi) .................................., zestaw do przetaczania, próbkę krwi pacjenta, z której wykonano badania serologiczne przed przetoczeniem, próbki pobrane po przetoczeniu w ilości 5 ml na skrzep i 5 ml na antykoagulant oraz próbki krwi dawców z pracowni immunologii transfuzjologicznej.Próbki do badań bakteriologicznych przesłano do............................................................................................ Data i godzina pobrania krwi ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪Czytelny podpis osoby pobierającej próbki krwi................................................................. |
| .........................................................................(Oznaczenie\*\*\*i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie) | ..............................................................(Oznaczenie\*\*\*i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie) |

WYPEŁNIA TYLKO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

Nazwa Centrum: .......................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Ocena związku z przetoczeniem (przyczynowość)\* | □ trudno ocenić (TO)□ wykluczona lub mało prawdopodobna (0)□ możliwa (1)□ prawdopodobna (2)□ pewna (3) |

|  |  |
| --- | --- |
| Wnioski lub stwierdzone zespoły\* | □ hemoliza – niezgodność w ABO□ hemoliza – obecność odpornościowych przeciwciał□ poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa□ alergia□ wstrząs anafilaktyczny□ TRALI□ duszność poprzetoczeniowa (TAD)□ zakażenie: ○bakteryjne(szczep)…… ………………. ○ HIV ○ HBV ○ HCV ○ CMV□ uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał ○ krwinek czerwonych............................................................ ○ HLA..................................................................................... ○ HPA..................................................................................... ○ granulocytów........................................................................ ○ IgA□ inne ○ niehemolityczny odczyn gorączkowy ○ choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy ○ obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia) ○ hemosyderoza ○ inne niewyszczególnione |
| Data wypełnienia: | Wypełnił: ..................................................................................................(Oznaczenie\*\*\* i podpis wypełniającego) |

\* Właściwe zaznaczyć X lub wypełnić.

\*\* W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

\*\*\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

ZAMÓWIENIE ZBIORCZE NA KREW LUB JEJ SKŁADNIKI

Podmiot zamawiający Data wystawienia zamówienia

…………………….. ………………………………..

ZAMÓWIENIE ZBIORCZE NA KREW LUB JEJ SKŁADNIKI

numer ……….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj składnika | Grupa krwi | Liczba jednostek lub opakowań |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

 Oznaczenie\* i podpis osoby zamawiającej:

 …………………………………………

\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

KSIĄŻKA BADAŃ GRUP KRWI

Strona 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data badania | Numer badania | Data i godzina pobrania próbki | Oddział/Odbiorca | Nazwisko i imię | Wynik badania | Uwagi |
| PESEL/data urodzenia | Grupa krwi | Nieregularneprzeciwciała  |
| ABO | RhD |
| Jeżeli pacjent NNnumer identyfikacyjny (ID) lub numer księgi głównej |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Układ ABO | RhD | Badanie przeglądowe przeciwciał | Autokontrola (jeżeli wykonano)  | jeżeli wykonano(jeżeli wykonywano) | Reakcja ze stand. Anty-D |  Badanie wykonał\* |  Wynik autoryzował\* |
| Odczynniki monoklonalne | Krwinki wzorcowe | Odczynniki monoklonalne |  PTA | Kontrola ujemnych wyników w PTA, jeżeli techniką probówkową  |
| anty-A | anty-B | O | A1 | B | anty- D | anty- D  |
| I | II | III | I | II | III | PTA | BTA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

\* Oznaczenie osoby zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

KSIĄŻKA PRÓB ZGODNOŚCI

Strona 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data badania | Numer badania | Data i godzina pobrania próbki | Oddział | Nazwisko i imię | Grupa krwi ABO i RhD na skierowaniu | Numer donacji | Kontrola antygenów ABO i RhD |
| PESEL/data urodzenia | biorcy | dawcy | biorcy | dawcy |
| Jeżeli pacjent NN -numer identyfikacyjny (ID) lub numer księgi głównej | ABO | RhD | ABO | RhD | -A | -B | -D | -A | -B | -D |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kontrola antygenówu dawcy | Badanie przeglądowe przeciwciał | Surowica biorcy + krwinki dawcy | Autokontrola (jeżeli wykonywano)(jeżeli wykonywano)  | jeżeli wykonywano (jeżeli wykonywano) | Reakcja ze stand. Anty-DReakcje ze stand. anty-D | Wynik (pilna próba zgodności-dokładne określenie daty i godziny zakończenia badania) | Uwagi | Badanie wykonał\* | Wynik autoryzował\* |
|  PTA | Kontrola ujemnych wyników w PTA, jeżeli techniką probówkową  |
| Krwinki wzorcowe |
|  |  |  |  |  | I | II | III | I | II | III | PTA | Kontrola ujemnego PTA, jeżeli techniką probówkową  | PTA | BTA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Oznaczenie osoby zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE

Oznaczenie podmiotu z jednostką lub komórką organizacyjną:

 Data wystawienia zlecenia……………………

 Tryb wykonania badania\*

 □ NORMALNY □ PILNY

Do Pracowni Konsultacyjnej Immunologii Krwinek Czerwonych Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa w …………………………………………………

Nazwisko i imię pacjenta……………………………………………………
Numer PESEL .................................................................. Płeć\* □ K □ M
W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość …………………………...……Data urodzenia………………………….………
Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej ………….……………lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny …………..………………………………………………………………….

Rodzaj badania:\*
□ Oznaczenie grupy krwi układu ABO i RhD
□ Identyfikacja przeciwciał
□ Diagnostyka niedokrwistości autoimmunohemolitycznej (NAIH)
□ Diagnostyka choroby hemolitycznej noworodka
□ Badanie w kierunku konfliktu matczyno-płodowego
□ Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-RhD
□ Badanie u biorcy/dawcy przed przeszczepieniem/ po przeszczepieniu KK
□ Analiza serologiczna niepożądanego zdarzenia lub niepożądanej reakcji poprzetoczeniowej
□ Inne……………………………………………………………………………………
Rozpoznanie jednostki chorobowej…………………………………..…………….……
Wyniki badań laboratoryjnych\*\*: RBC…… Hb……… Ht…… Retykulocyty………… Haptoglobina………….. Bilirubina…………… Inne…………..............

Potencjalne przyczyny alloimmunizacji:\*
□ Ciąże – jeżeli aktualne: która……………………..,tydzień………………………………
□ Podanie immunoglobuliny anty-RhD – data podania……………………………………….
□ Biorca wielokrotny – data ostatniego przetoczenia……………………………..………..
□ Leki zawierające przeciwciała monoklonalne, jakie……………, kiedy…………………
□ Przeszczepienie KK – data przeszczepienia ……………………, grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem KK………………….., grupa krwi dawcy KK……………………………
□ Inne istotne………………………………………………………………………………
Rodzaj materiału do badania: \* □ Krew żylna na skrzep/EDTA□ Krew tętnicza na skrzep/EDTA

|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina wystawienia zlecenia ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪ | Data i godzina pobrania próbki krwi⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz. ⁪⁪ |
| Oznaczenie\*\*\* i podpis lekarza zlecającego badanie | Oznaczenie\*\*\* i podpis osoby pobierającej  |

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* W przypadku pacjentów kierowanych na badania konsultacyjne po raz pierwszy dołączyć szczegółowy protokół badania serologicznego.

\*\*\* Oznaczenie osoby zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D
W RAMACH PROFILAKTYKI KONFLIKTU SEROLOGICZNEGO RhD

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

 Data wystawienia zlecenia……………………

 Tryb wykonania badania\*

 □ NORMALNY □ PILNY

Do Pracowni immunologii transfuzjologicznej w ……………………………………….

Nazwisko i imię ciężarnej/matki……………….………………………
Numer PESEL ………………………………………………………….
W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość …………………………………Data urodzenia……………………………

Jeżeli kobieta NN - numer księgi głównej …………………lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny…………………………………………………………

Noworodek\*: □ syn □ córka

Data urodzenia………………………………………………………………………..…… (dzień, godzina i minuta w systemie 24-godzinnym, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej, także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się)

Rodzaj materiału do badania\*: □ Krew żylna na skrzep/EDTA
□ Krew tętnicza na skrzep/EDTA □ Krew pępowinowa na skrzep/EDTA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data i godzina wystawienia zlecenia ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪⁪⁪ | Data i godzina pobrania próbki krwi matki⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪⁪⁪ | Data i godzina pobrania próbki krwi dziecka⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪⁪⁪ |
| Oznaczenie\*\* i podpis lekarza zlecającego badanie | Oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej krew matki | Oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej krew dziecka |

Data i godzina przyjęcia próbek do badania:⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz.⁪⁪⁪⁪

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

WZÓR

WYNIK BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH
DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D

|  |
| --- |
| Nazwa jednostki wykonującej badanie |
| **Wynik badań immunohematologicznych kwalifikujących do podania immunoglobuliny anty-D** | Data i godzina pobrania próbki⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz. ⁪⁪⁪⁪ |
| Data i godzina przyjęcia próbki do badań⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz. ⁪⁪⁪⁪ |
| Nr badania |  | Nazwa jednostki kierującej na badanie |
| Data badania | ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ |
| Nazwisko i imię matki .................................................................................................................Numer PESEL .............................................................................................................................Data urodzenia (jeżeli kobieta nie posiada numeru PESEL) ......................................................Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość kobiety nieposiadającej numeru PESEL................................................................................................................Jeżeli pacjentka NN - numer księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny ID…………………………………………………………Grupa krwi ABO i RhD .....................................................Przeciwciała anty-D .......................................................... |
| Noworodek\* syn córka Data i godzina urodzenia: ⁪⁪/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪ godz. ⁪⁪⁪⁪Grupa krwi ABO i RhD ................................................... ciąża mnoga (w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej cyfry wskazujące na kolejność urodzenia)\*\*Noworodek 1 ……….. Grupa krwi ABO i RhD ..............................................Noworodek 2 ……….. Grupa krwi ABO i RhD .............................................. |
| Badanie wykonano metodą\*\*\* |
| Wykonał\*\*\*\* | Autoryzował\*\*\*\* |
| Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-D\* TAK NIE |

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\* Zaznaczyć, jeżeli dotyczy.

\*\*\* Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metodą:

- automatyczną (producent analizatora)…………  ABO i RhD  PTA

- półautomatyczną (producent analizatora)………  ABO  RhD  PTA

- manualną: • szkiełkową:  ABO  RhD

 • probówkową:  ABO  RhD  PTA

 • mikrokolumnową:  ABO i RhD  PTA

\*\*\*\* Oznaczenie osoby zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.