**ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE**

 Data wystawienia zlecenia……………………

Oznaczenie podmiotu z jednostką lub komórką organizacyjną:

 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.