

Skierowanie na badanie immunohematologiczne do RCKiK w Olsztynie

.....
Pieczęć jednostki kierującej

Data.....

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko.....

wpisać drukowanymi literami

Data urodzenia.....

Płeć: K M

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
lub nazwa i nr. dokumentu potwierdzającego tożsamość

Nr identyfikacyjny pacjenta
przy braku innych danych

Miejsce zamieszkania*/oddział szpitalny.....

Rodzaj badania : Podstawowe : oznaczenie grupy krwi , próba zgodności ,

badanie przeglądowe przeciwciał ,

Konsultacyjne: grupa krwi , Identyfikacja przeciwciał , oznaczenie fenotypu
/antygeny , inne.....

Diagnostyczne: konflikt matczyno-płodowego , ChHP/N , powikłanie
poprzetoczeniowe , NAIH , wykrywanie przeciwciał anti-HLA ,
inne.....


Przed przeszczepieniem szpiku/KKM (BTA, przeciwciała , fenotyp, miano anty- A/B) :

u biorcy , u dawcy ,

U biorcy po przeszczepieniu szpiku/KKM :

(grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem....., grupa krwi dawcy
przeszczepu..... data przeszczepienia.....)

Tryb wykonania badania : normalny pilny

	Wzór nr 1- Skierowanie na badanie immunohematologiczne do RCKiK w Olsztynie		
	Załącznik 8.4 do SPO/190/101 wersja 3	Data obowiązywania: 01.01.2016	Strona 1 (2)

Materiał do badania pochodzi od : pacjent szpitalny , ambulatoryjny , ludność , kobieta w ciąży ,.....

1.
Data i godzina pobrania
czytelny podpis osoby pobierającej
2.
Data i godzina pobrania
czytelny podpis osoby pobierającej

Rodzaj materiału : próbka krwi : pobrana na skrzep , pobrana na EDTA ,
pobrana po podaniu leków/płynów infuzyjnych / inne (.....),
Rozpoznanie jednostki chorobowej

Wyniki :

RBCs.....Hb.....Ht.....Reticulocyty.....Haptoglobina,.....Bilirubina

Wyniki poprzednich badań z zakresu immunohematologii :

Potencjalne przyczyny alloimmunizacji :

Ciąże , biorca krwi : wielokrotnie data ostatniej transfuzji

Wynik przekazać : jednostce kierującej , na wskazany adres domowy , do TO RCKiK
w....., zostanie odebrany z RCKiK w Olsztynie

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego

Tel. kontaktowy

* obowiązkowe dla pacjenta ambulatoryjnego

Obowiązuje dołączenie podpisanego przez osobę wykonującą protokołu z badań wykonanych w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej Zleceniodawcy*


*(jeśli było wykonywane)

Data i godzina przyjęcia materiału do badania bez zastrzeżeń

Nr badania w RCKiK

Pieczęć/podpis osoby przyjmującej

Wypełnia pracownik RCKiK

	Wzór nr.1 -Skierowanie na badanie immunohematologiczne do RCKiK w Olsztynie		
	Załącznik 8.4. do SPO/190/101 wersja 3	Data obowiązywania: 01.01.2016	Strona 2 (2)