**Zlecenie na badanie immunohematologiczne**

**do RCKiK w Olsztynie**

……………………………..

Pieczęć jednostki kierującej Data wystawienia zlecenia…………….

**Tryb wykonania badania** : normalny □ pilny □

**Dane pacjenta**:

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………..…

wpisać drukowanymi literami

Data urodzenia……………………………… Płeć: K □ M □

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL lub nazwa i nr. dokumentu potwierdzającego tożsamość

……………………………………………………………………………………….

Nr księgi głównej lub niepowtarzalny nr identyfikacyjny przy braku innych danych

Miejsce zamieszkania\*/oddział szpitalny…………………………………………………………………

Telefon kontaktowy\*………………………………………..

**Rodzaj badania**: Podstawowe : oznaczenie grupy krwi do wyniku: niepotwierdzony □, potwierdzony□,

próba zgodności □, badanie przeglądowe przeciwciał □, inne……………………..

Konsultacyjne: do wyniku : niepotwierdzony □, potwierdzony □, grupa krwi □, Identyfikacja

przeciwciał □, oznaczenie fenotypu /antygenu □, inne…………………..

Diagnostyczne: konflikt matczyno-płodowy □ , ChHP/N □, Miano przeciwciał □ , kontrolne

badanie przeciwciał □, niepożądana reakcja/zdarzenie poprzetoczeniowe □, NAIH □,

wykrywanie przeciwciał anty-HLA □, inne………………………..

Przed przeszczepieniem/ po przeszczepieniu KK: grupa krwi □, BTA □ , przeciwciała □ , fenotyp □

miano anty- A/B □ : u biorcy KK □ , u dawcy □,

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

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

1. …………………………. …………………………………………..

Data i godzina pobrania czytelny podpis osoby pobierającej

1. …………………………. ……… …………………………………..

Data i godzina pobrania czytelny podpis osoby pobierającej

1. …………………………. …………………………………………….

Data i godzina pobrania czytelny podpis osoby pobierającej

**Rodzaj materiału** : próbka krwi : pobrana na EDTA □ , pobrana na skrzep □ ,

pobrana po podaniu leków/płynów infuzyjnych / inne □ ( …………………………………………..),

**Rozpoznanie jednostki chorobowej** ………………………………………………………………….

**Wyniki** :

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

……………………..

**Wyniki poprzednich badań z zakresu immunohematologii :** ……………. …………..................................

Grypa krwi: …………………………. Przeciwciała odpornościowe: ……………………………………. ……………………………………………………………….. inne: ………………………………………..

**Potencjalne przyczyny alloimmunizacji** :

Ciąże □ , biorca krwi pierwszorazowy □ : wielokrotny □ data ostatniej transfuzji ……………………

**Wynik przekazać**: jednostce kierującej □, 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 Pieczątka i podpis pracownika Pracowni Serologii/Immunologii Transfuzjologicznej

szpitala sprawdzającego zgodność informacji zawartych na probówkach z załączoną

dokumentacją przed wysłaniem do RCKiK.

Data i godzina przyjęcia materiału w RCKiK: ……………..……………………..

Uwagi dotyczące przesłanego materiału: ………………………………………….

Nr badania w RCKiK: …………………………………………………………….

Pieczęć/podpis osoby przyjmującej: ………………………………………………..

pracownik RCKiK