

**SKIEROWANIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE DO PRACOWNI BADAŃ  
KONSULTACYJNYCH I IMMUNOPATOLOGII CIĄŻY RCKiK w KIELCACH**

Data wystawienia zlecenia	Dane jednostki kierującej i adres do przesłania wyniku badania	Tryb badania	
.....		NORMALNY	
		PILNY	
Dane pacjenta	Nazwisko, imię .....	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
	nr PESEL .....		Nr księgi głównej/ oddziałowej dla pacjenta NN .....
Lekarz kierujący (pieczętka i podpis)	Rodzaj badanego materiału <input type="checkbox"/> próbka krwi na EDTA <input type="checkbox"/> próbka krwi na skrzep	Data i godzina pobrania próbki .....	Osoba pobierająca próbkę do badania (czytelny podpis) .....
		Data i godzina przyjęcia próbki do badania .....	Osoba przyjmująca próbkę do badania (podpis) .....
Rodzaj badania	<input type="checkbox"/> Oznaczenie grupy krwi układu ABO i RhD <input type="checkbox"/> Identyfikacja alloprzeciwciał <input type="checkbox"/> Diagnostyka NAIH (BTA, przeciwciała do krwinek czerwonych, ew. hemolizyny) <input type="checkbox"/> Badania w kierunku konfliktu matczyno-łożniowego <input type="checkbox"/> Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-RhD Badania w kierunku choroby hemolitycznej noworodka <input type="checkbox"/> Analiza serologiczna niepożądanego zdarzenia lub niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej <input type="checkbox"/> Badania u biorcy i u dawcy przed przeszczepieniem KK (BTA, przeciwciała, fenotyp, miano anty-A / B) <input type="checkbox"/> Badania u biorcy po przeszczepieniu KK <input type="checkbox"/> Dobór krwi do przetoczenia		
Rozpoznanie			
Wyniki laboratoryjne	<input type="checkbox"/> RBC ..... <input type="checkbox"/> Hb ..... <input type="checkbox"/> Ht ..... <input type="checkbox"/> Retykulocyty ..... <input type="checkbox"/> Haptoglobiny ..... <input type="checkbox"/> Bilirubina .....		
Potencjalne przyczyny alloimmunizacji	<input type="checkbox"/> ciąży jeżeli aktualnie: która..... tydzień..... <input type="checkbox"/> podanie immunoglobuliny anty-RhD data podania..... <input type="checkbox"/> wielokrotny biorca krwi Data ostatniego przetoczenia .....	Przeszczepienie KK- data przeszczepienia..... <input type="checkbox"/> grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem ..... <input type="checkbox"/> grupa krwi dawcy przeszczepu ..... <input type="checkbox"/> leki zawierające przeciwciała monoklonalne; jakie....., kiedy..... <input type="checkbox"/> inne istotne.....	

Pieczętka Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej	Data badania: .....
	Data wysłania: .....

1. Określenie problemu <b>A B C D E</b>	2. Grupa krwi AB0 i Rh
---	------------------------

**PROTKÓŁ BADANIA IMMUNOHEMATOLOGICZNEGO**

<b>A. Grupa krwi ABO</b>						<b>B. Układ Rh</b>		<b>C. Przeglądowe badanie przeciwciał</b>					<b>D. Próby zgodności w PTA n-ry donacji</b>		<b>E. BTA</b>
Technika bad.						Technika bad.		Technika bad.					Technika bad.		Techni.bad.
anty-A	anty-B	AC	O	A1	B	anty-D VI-	anty-D VI+	I	II	III	IV	AC			

Pieczętka i podpis osoby wykonującej badanie:	Pieczętka i podpis diagnosty laboratoryjnego:
---	---