

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*: <input type="checkbox"/> syn <input type="checkbox"/> córka	
Data i godzina urodzenia: / / godz.	
Grupa krwi ABO i RhD:	
<input type="checkbox"/> 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*: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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.