

pieczętka / dane jednostki zlecającej

data i godzina przyjęcia próbki krwi w PBK

nr badania w PBK

oznaczenie i podpis osoby przyjmującej

## ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE

do Pracowni Badań Konsultacyjnych

Dział Laboratoryjny Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie  
20-078 Lublin, ul. Żołnierzy Niepodległej 8, tel. 81 53 262 75 w.103 ; tel/fax 81 44 210 46

Tryb wykonania badania\*:     **NORMALNY**      **PILNY**

### DANE PACJENTA

nazwisko i imię pacjenta		płeć * <b>kobieta</b> <input type="checkbox"/> <b>mężczyzna</b> <input type="checkbox"/>
		jeżeli pacjent NN-nr książki głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny
data urodzenia	Numer PESEL 	lub nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

**Rozpoznanie jednostki chorobowej:**.....

**Wyniki badań laboratoryjnych:**   **Hb**.....; **Ht**.....; retykulocyty.....; haptoglobina.....;  
bilirubina.....; inne.....

**Poprzednie wyniki badań immunohematologicznych lub kopia wyniku grupy krwi\*\*** .....

#### Rodzaj badań\*:

- oznaczenie grupy krwi układu ABO oraz RhD
- identyfikacja przeciwciał
- diagnostyka niedokrwistości autoimmunohemolitycznej (NAIH)
- badania u biorcy/dawcy przed przeszczepem krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM)
- badania u biorcy po przeszczepie krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM)
- badania w kierunku konfliktu matczyno- płodowego
- badania w kierunku choroby hemolitycznej noworodka
- analiza serologiczna niepożądanego zdarzenia lub niepożądaney reakcji poprzetoczeniowej
- dobranie krwi do przetoczenia (liczba jednostek) .....
- inne.....

#### POTENCJALNE PRZYCZYNY ALLOIMMUNIZACJI

<i>biorca wielokrotny</i>	TAK     NIE data .....
<i>ciąża</i>	TAK     NIE ..... x w ciąży
<i>jeśli aktualna ciąża</i>	która
	tydzień ciąży
<i>podanie immunoglobuliny anty-RhD</i>	TAK     NIE data .....

<i>przeszczepienie kk</i>	TAK      NIE
<i>grupa krwi biorcy przed przeszczepem</i>	data .....
<i>grupa krwi dawcy</i>	

<i>data i godzina wystawienia zlecenia</i>	<i>oznaczenie i podpis lekarza kierującego</i>
<i>data i godzina pobrania I próbki krwi</i>	<i>oznaczenie i czytelny podpis osoby pobierającej</i>
<i>data i godzina pobrania II próbki krwi</i>	<i>oznaczenie i czytelny podpis osoby pobierającej</i>

Rodzaj materiału do badania\*:

- krew żylna   
 tętnicza   
 pępowinowa   
 pobrana na skrzep   
 pobrana na EDTA

\*właściwie zaznaczyć X

\*\*w przypadku pacjentów na badania konsultacyjne po raz pierwszy

dołączyć szczegółowy protokół badania serologicznego

**ZLECENIE WYPEŁNIĆ CZYTELNIE I JEDNOZNACZNIE**

<i>data i godzina przyjęcia próbki w pit jednostki zlecającej</i>	<i>oznaczenie i podpis osoby przyjmującej w pit jednostki zlecającej</i>
---	--

## Protokół badania serologicznego\*\*

<b>wynik badania grupy krwi</b>  <input type="radio"/> potwierdzony  <input type="radio"/> niepotwierdzony  .....	wypełnić <b>wyłącznie</b> w przypadku nietypowych reakcji						krwinki wzorcowe***	PTA (technika)	
	anty-A	anty-B	anty-AB	O	A <sub>i</sub>	B			1
									2
nr badania	anty-D						3		
data badania	anty-D						4		
podpis serologa	wynik próby zgodności						autokontrola	BTA	
	wynik próby zgodności								

\*\*\* proszę o dołączanie składu antygenowego krwinek wzorcowych do wykrywania przeciwciał odpornościowych