

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. Jana Pawła II w Słupsku		
Nr wersji: 01	SOP-DIT.K-PZ-03	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 4	Wersja zał. nr: 1	Data: 20.02.2026

ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE

Podmiot leczniczy: jednostka lub komórka organizacyjna
--

Data wystawienia zlecenia.....

Tryb wykonania badania*: NORMALNY PILNY

Do Pracowni Badań Konsultacyjnych
 Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Słupsku

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL..... Płeć*: K M

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość
 Data urodzenia.....

Jeżeli pacjent NN – nr księgi głównej..... lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Rodzaj badania*:

- Oznaczenie grupy krwi układu ABO i RhD
- Identyfikacja przeciwciał
- Diagnostyka niedokrwistości autoimmunohemolitycznej (NAIH)
- Diagnostyka choroby hemolitycznej noworodka
- Badania w kierunku konfliktu matczyno-płodowego
- Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-RhD
- Badania u biorcy/dawcy przed przeszczepieniem / po przeszczepieniu KK
- Analiza serologiczna niepożądanego zdarzenia lub niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej
- Inne.....

Rozpoznanie jednostki chorobowej:.....

Wyniki badań laboratoryjnych**: RBC.....Hb.....Ht.....Retykulocyty.....
 Bilirubina..... Haptoglobina.....Inne.....

Potencjalne przyczyny alloimmunizacji*:

- Cięża – jeżeli aktualne: która....., tydzień.....
- Podanie immunoglobuliny anty-RhD – data podania:
- Biorca wielokrotny – data ostatniego przetoczenia:
- Leki zawierające przeciwciała monoklonalne, jakie....., kiedy:
- Przeszczepienie KK – data przeszczepienia:, grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem KK: grupa krwi dawcy KK:
- Inne istotne.....

Rodzaj materiału do badania: krew żylna na skrzep / EDTA krew tętnicza na skrzep / EDTA

Data i godzina wystawienia zlecenia:	Data i godzina pobrania próbki krwi:
Oznaczenie *** i podpis lekarza zlecającego badanie:	Oznaczenie *** i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoba/osoby identyfikujące:

Data i godzina przyjęcia próbki do badania:

* Właściwe zaznaczyć X.

** W przypadku pacjentów kierowanych na badania konsultacyjne po raz pierwszy dołączyć szczegółowy protokół badań serologicznych.

*** 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.