

dane oddziału _____

**Skierowanie na badania przygotowujące do transfuzji uzupełniającej KKCz
(dla niemowląt do 4 m-ca życia)**

**Bank Krwi z Pracownią
Immunologii Transfuzjologicznej
Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy**

DZIECKO Imię i nazwisko: _____ biźniak ____/trojak ____/____
PESEL (jeżeli posiada): _____ data ur.: _____ godz. ur.: ____:____ Płeć: K M
Jeżeli pacjent NN - nr Ks. Gł.: _____, lub ID: _____

W przypadku braku numeru PESEL dziecka:

Imię i nazwisko matki (w momencie porodu) _____

PESEL matki: _____

Grupa krwi w układzie ABO: _____ oznaczyć

Antygen D ukł. Rh: _____ oznaczyć

BTA: _____ oznaczyć

Przeciwciała odpornościowe: _____ oznaczyć (gdy nie ma krwi matki)

Czy jest to dziecko z ciąży I: TAK NIE

Czy matka otrzymała w tej ciąży immunoglobulinę anti-D: TAK NIE NIE WIADOMO

oznaczenie i podpis lekarza zlecającego pobranie materiału

Rodzaj pobranego materiału: krew tętnicza na EDTA krew żylna na EDTA krew pępowinowa na EDTA

Identyfikacji pacjenta dokonali:

oznaczenie i podpis osoby identyfikującej pacjenta i pobierającej krew:

oznaczenie i podpis drugiej osoby identyfikującej pacjenta:

Data i godzina pobrania próbki krwi: dz.....m.....20.....r. godz..... :

MATKA imię i nazwisko: _____

Nr PESEL: _____ data ur.: _____

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (jeżeli nie posiada numeru PESEL): _____

Grupa krwi: _____ oznaczyć

Przeciwciała odpornościowe: _____ oznaczyć

oznaczenie i pieczętka lekarza zlecającego pobranie materiału

Rodzaj pobranego materiału: krew tętnicza na skrzep / EDTA krew żylna na skrzep / EDTA

Data i godzina pobrania materiału: dz.....m.....20.....r. godz..... :

pieczętka jednostki pobierającej krew (jeśli inna niż WSD w Bydgoszczy)

oznaczenie i pieczętka osoby pobierającej krew

Tryb badania: STANDARDOWY PILNY

Przyjęcie materiału do lab.: dz.....m.....20.....r. godz..... :

oznaczenie i pieczętka lekarza zlecającego WSD