

/jednostka kierująca/

Data wystawienia zlecenia.....

Tryb wykonania badania:

NORMALNY PILNY

**ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH
KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D W RAMACH
PROFILAKTYKI KONFLIKTU SEROLOGICZNEGO RhD**

Matka/Ciężarna:

Nazwisko i imię..... Płeć

Data urodzenia..... PESEL.....

Nazwa i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL.....

Grupa krwi:

POTWIERDZONA

NIEPOTWIERDZONA

Zastosowana profilaktyka śródciążowa: TAK NIE Data:.....

Dziecko: syn córka poronienie profilaktyka śródciążowa

Dane dziecka:.....

Data i godzina urodzenia:.....

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

krew pępowinowa na skrzep/ EDTA

Data i godzina wystawienia zlecenia	Data i godzina pobrania próbki	
	MATKA	DZIECKO
Podpis lekarza zlecającego	Podpis osoby pobierającej	

Data i godz. przyjęcia próbki	Nr badania
-------------------------------	------------