**Załącznik nr 3**

**Załącznik nr 16**

*WZÓR*

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia…………..

Tryb wykonania badania\*

 NORMALNY PILNY

Do Pracowni immunologii transfuzjologicznej w ……………………………………….

ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD\*

 W CZASIE CIĄŻY

 PO PORONIENIU

 PO PORODZIE

Nazwisko i imię ciężarnej/matki……………….………………………………………………..………
Numer PESEL\*………………………………………………………….
data urodzenia……………………………

Jeżeli kobieta NN: numer księgi głównej …………………lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny

…………………………………………………………………………………………………………..

Podano immunoglobulinę anty-RhD w czasie obecnej ciąży\*\*:

 NIE TAK – data podania………………dawka……………..( zgodnie z informacją podaną na ……… …) BRAK INFORMACJI

Ciąża\*\* pojedyncza mnoga

Data porodu………………………………………………………………………..…….. (dzień, godzina i minuta w systemie 24-godzinnym, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się)

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 krwi matki | Data i godzina pobrania próbki krwi dziecka |
| Oznaczenie\*\*\* i podpis lekarza zlecającego badanie  | Oznaczenie\*\*\* i podpis osoby pobierającej krew matki | Oznaczenie\*\*\* i podpis osoby pobierającej krew dziecka |

Data i godzina przyjęcia próbek do badania …………………………………

\* W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

\*\* Właściwe zaznaczyć X (brak informacji uniemożliwia właściwą kwalifikację do podania immunoglobuliny anty-RhD).

\*\*\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeśli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.