**Załącznik nr 4**

**Załącznik nr 17**

*WZÓR*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki wykonującej badanie | **Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-RhD\***  W CZASIE CIĄŻY  PO PORONIENIU  PO PORODZIE | Data i godzina pobrania próbki |
| Data i godzina przyjęcia próbki do badań |
| Nr | Nazwa jednostki kierującej |
| Data |
| Nazwisko i imię matki .................................................................................................................  Numer PESEL ........................................................Data urodzenia (jeżeli kobieta nie posiada numeru PESEL) ......................................  Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość kobiety nieposiadającej numeru PESEL..............................................................  Jeśli pacjentka NN: numer księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny ID………………………………………………. | | |
| Grupa krwi ABO i RhD matki ...................................................(nr wyniku badania)  INFORMACJA O PODANIU IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD:  Podano\*: NIE TAK – data…………..dawka……………( zgodnie z informacją podaną na ………) BRAK INFORMACJI | | |
| WYNIKI BADAŃ KWALIFIKUJCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD\* W CZASIE CIĄŻY PO PORONIENIU  Przeciwciała anty-RhD\*: wykryto…… (nr wyniku badania) nie wykryto …………(nr wyniku badania) nie badano | | |
| WYNIKI BADAŃ KWALIFIKUJACYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD PO PORODZIE  Przeciwciała anty-RhD\* wykryto……..(nr wyniku badania) nie wykryto…………….(nr wyniku badania) nie badano  Grupa krwi ABO i RhD noworodka\* .............................................(nr wyniku badania) nie badano  ciąża mnoga (w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej cyfry wskazujące na kolejność urodzenia)  Noworodek 1 ……….. Grupa krwi ABO i RhD ..............................................(nr wyniku badania)  Noworodek 2 ……….. Grupa krwi ABO i RhD ..............................................(nr wyniku badania) | | |
| Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-RhD\* TAK NIE  Uwagi: | | |
| Badanie wykonał\*\* Wynik autoryzował\*\* | | |
| Podano immunoglobulinę anty-RhD: dawka……………..… seria nr……..……..………… Data i godzina podania……………………………  Oznaczenie\*\* i podpis osoby podającej Oznaczenie\*\* i podpis lekarza | | |

\* Właściwe zaznaczyć X (brak informacji uniemożliwia właściwą kwalifikację do podania immunoglobuliny)

\*\* Oznaczenie osoby 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