

Jednostka kierująca
(pieczętka)

Data.....

**SKIEROWANIE NA BADANIA DO PRACOWNI BADAŃ KONSULTACYJNYCH
RCKK w RZESZOWIE**

Tryb wykonania badania:

PILNY

RUTYNOWY

Dane pacjenta:	Nazwisko i imię:	Data urodzenia:	PESEL:	Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nr księgi głównej/oddziałowej dla pacjenta NN.....
Lekarz kierujący (pieczętka i podpis)	Rodzaj materiału badanego: <input type="checkbox"/> Próbkę krwi na skrzep <input type="checkbox"/> Próbkę krwi na EDTA	Data i godzina pobrania próbki:	Czytelny podpis osoby pobierającej krew:		
Rodzaj badania:	<input type="checkbox"/> diagnostyka NAIH (BTA, przeciwciała do krwinek czerwonych, ew. hemolizyny) <input type="checkbox"/> identyfikacja alloprzeciwciał <input type="checkbox"/> analiza serologiczna hemolitycznego powikłania poprzetoczeniowego <input type="checkbox"/> określenie grupy krwi <input type="checkbox"/> badanie w kierunku konfliktu matczyno-łożniowego <input type="checkbox"/> badanie w kierunku choroby hemolitycznej noworodka <input type="checkbox"/> badanie na obecność alloprzeciwciał limfocytotoksycznych <input type="checkbox"/> badanie na obecność antygenu HLA B27 metodą serologiczną				
Rozpoznanie					
Wyniki laboratoryjne	<input type="checkbox"/> RBCs..... <input type="checkbox"/> Hb..... <input type="checkbox"/> Ht..... <input type="checkbox"/> Retikulocyty..... <input type="checkbox"/> Haptoglobiny..... <input type="checkbox"/> Bilirubina.....				
Potencjalne przyczyny alloimmunizacji:	<input type="checkbox"/> ciążę..... <input type="checkbox"/> wielokrotny biorca krwi; data ostatniego toczenia:..... <input type="checkbox"/> grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem..... <input type="checkbox"/> grupa krwi dawcy przeszczepu..... <input type="checkbox"/> data przeszczepu.....				

Data i godzina przyjęcia materiału do badań.....

Czytelny podpis osoby przyjmującej materiał.....

Nr badania:

--