

	Formularz F – SOP DL/K/03 - 01	Wersja 02
	Zlecenie na konsultacyjne badanie immunohematologiczne	
	do Pracowni Serologicznej Badań Konsultacyjnych RCKiK w Wałbrzychu (tel. 74 664 63 21)	
		Data wydania: 09.07.2021 r.
		Strona 1 z 2

<i>Jednostka kierująca</i>

Data wystawienia: _____

Tryb wykonania badania:

NORMALNY PILNY

Dane pacjenta:																
Imię i nazwisko:																
Data urodzenia:			Numer PESEL:			Płeć:										
D	D	-	M	M	-	R	R	R	R							<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli pacjent NN – nr książki głównej lub niepowtarzalny nr identyfikacyjny:																
Grupa krwi*:			Przeciwciała*:													
Jednostka chorobowa/rozpoznanie:																
Rodzaj badania:																
Wywiad:																
Przetoczenia krwi		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Jeśli tak - data ostatniego przetoczenia:												
Ciężce		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Jeżeli aktualne – która; tydz.												
Podanie immunoglobuliny anty-D		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Data podania:												
Leki zawierające przeciwciała monoklonalne		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Nazwa: Data podania ostatniej dawki:												
Przeszczepienie KK		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Data przeszczepienia: Grupa krwi biorcy przed:Grupa krwi dawcy KK:												
Inne istotne informacje/potencjalne przyczyny alloimmunizacji		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE													
Wyniki badań laboratoryjnych:																
RBC:	Hb:	Ht:	Retikulocyty:	Haptoglobina:	Bilirubina:	Inne:										


Data i godzina pobrania próbki/próbek:	Pieczętka i czytelny podpis osoby pobierającej:	Rodzaj materiału:										
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table> _____:_____	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R		<input type="checkbox"/> Krew żylna – EDTA <input type="checkbox"/> Krew żylna – skrzep <input type="checkbox"/> Krew pępowinowa
D	D	-	M	M	-	R	R	R	R			

*Do zlecenia należy dołączyć szczegółowy protokół wykonanych badań serologicznych.

Pieczętka i czytelny podpis lekarza/osoby zlecającej

Wypełnia RCKiK

Data i godzina przyjęcia próbki	Numer badania	Kod próbki										
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table> _____:_____	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R		
D	D	-	M	M	-	R	R	R	R			

	Formularz F – SOP DL/K/03 - 01	Wersja 02
	Zlecenie na konsultacyjne badanie immunohepatologiczne do Pracowni Serologicznej Badań Konsultacyjnych RCKiK w Wałbrzychu (tel. 74 664 63 21)	Data wydania: 09.07.2021 r. Strona 2 z 2

Protokół kontroli temperatury transportu próbek

1. Wypełnia jednostka kierująca

Liczba transportowanych próbek											
Rodzaj transportu											
Temperatura* w pojemniku transportowym w chwili umieszczenia materiału°C										
Data i godzina wysyłki	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table> _____ : _____	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
D	D	-	M	M	-	R	R	R	R		
Podpis osoby przygotowującej materiał do transportu											

* Optymalna dopuszczalna temperatura: **2-10°C**. W szczególnych przypadkach wymagane jest ustalenie temperatury transportu z Pracownią Serologiczną Badań Konsultacyjnych RCKiK.

2. Wypełnia RCKiK:

Data i godzina odbioru	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table> _____ : _____	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
D	D	-	M	M	-	R	R	R	R		
Temperatura w pojemniku transportowym w chwili przyjęcia materiału°C										
Podpis osoby przyjmującej materiał											
Uwagi											