

ZLECENIE NA BADANIA DO PRACOWNI BADAŃ KONSULTACYJNYCH RCK i K w ŁODZI				
Data wystawienia zlecenia	Dane jednostki kierującej i adres przesłania wyniku badania			Tryb badania
				<input type="checkbox"/> normalny <input type="checkbox"/> pilny
Dane pacjenta				
Nazwisko i imię: (drukowanymi literami)	Data urodzenia:	PESEL:	Płeć:	Nr księgi głównej/oddziałowej dla pacjenta NN lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny
.....			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Lekarz kierujący (pieczętka i podpis):	Rodzaj materiału badanego:	Data i godzina pobrania próbki	Osoba pobierająca próbkę do badania	Data i godzina przyjęcia próbki do badania
	<input type="checkbox"/> próbka krwi na EDTA <input type="checkbox"/> próbka krwi na skrzep			
Rodzaj badania:	<input type="checkbox"/> Identyfikacja alloprzeciwciał <input type="checkbox"/> Diagnostyka NAIH <input type="checkbox"/> Analiza serologiczna powikłania przetoczeniowego <input type="checkbox"/> Określenie grupy krwi <input type="checkbox"/> Badania w kierunku konfliktu matczyno – płodowego <input type="checkbox"/> Badania w kierunku choroby hemolitycznej noworodka <input type="checkbox"/> Badania u biorcy i dawcy przed przeszczepieniem KK (BTA, przeciwciała, fenotyp, miano anty-A/B) <input type="checkbox"/> Badania u biorcy po przeszczepieniu KK			
Rozpoznanie:				
Wyniki laboratoryjne:	<input type="checkbox"/> RBCs..... <input type="checkbox"/> Haptoglobiny.....	<input type="checkbox"/> Hb..... <input type="checkbox"/> Bilirubina .....	<input type="checkbox"/> Ht.....	
Ciąże: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Która ciąża ..... Tydzień ciąży .....	Leczenie krwią: <input type="checkbox"/> Biorca pierwszorazowy <input type="checkbox"/> Wielokrotny biorca krwi Data ostatniego przetoczenia.....	Przeszczep KK: Data przeszczepu ..... <input type="checkbox"/> grupa krwi biorcy przed przeszczepem ..... <input type="checkbox"/> grupa krwi dawcy przeszczepu .....		
Wypełnia pracownik pracowni serologicznej:				
Grupa krwi pacjenta:				
Producent, nazwa i seria stosowanych krwinek wzorcowych:		Technika wykonania badań:		
		<input type="checkbox"/> manualna probówkowa <input type="checkbox"/> manualna – mikrometoda kolumnowa <input type="checkbox"/> mikrometoda kolumnowa - automat		
Krwinki wzorcowe →	1	2	3	autokontrola
Reakcje w PTA				
Inne wykonane badania	BTA:		Data i numer poprzedniej identyfikacji:	
			.....	
Pieczęć i podpis pracownika Pracowni Serologicznej:			<b>Oświadczam, że jednostka kierująca pokryje koszty przeprowadzonego badania, po wystawieniu faktury przez RCKiK w Łodzi.</b>	