

**Skierowanie na badania przygotowujące do transfuzji uzupełniającej KKCz  
(dla niemowląt do 4 m-ca życia)**

**Pracownia Serologii z bankiem krwi  
Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy**

Dziecko .....

Płeć

<b>K</b>	<b>M</b>
----------	----------

PESEL (jeżeli posiada) .....

data ur. ....

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość jeżeli nie posiada numeru PESEL .....

Jeżeli pacjent NN: nr Ks. Gł ....., numer Ks. Oddziałowej..... lub ID.....

grupa krwi w układzie ABO.....

 oznaczyć

antygen D ukł Rh .....

 oznaczyć

BTA .....

 oznaczyć

Przeciwciała odpornościowe .....

 oznaczyć (gdy nie ma krwi matki)Czy jest to dziecko z ciąży I :  TAK  NIECzy matka otrzymywała w tej ciąży Immunoglobulinę anti-D:  TAK  NIE  nie wiadomo.....  
(czytelny podpis/ pieczętka lekarza zlecającego pobranie materiału)

Data i godzina pobrania materiału: dz.....-m.....- 20.....r. godz ..... : .....

.....  
(czytelny podpis osoby pobierającej krew)**Matka** .....

data ur. ....

PESEL .....

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość jeżeli nie posiada numeru PESEL .....

Jeżeli pacjent NN: nr Ks. Gł ....., numer Ks. Oddziałowej..... lub ID.....

grupa krwi .....

 oznaczyć

Przeciwciała odpornościowe .....

 oznaczyć.....  
(czytelny podpis/ pieczętka lekarza zlecającego pobranie materiału)

Data i godzina pobrania materiału: dz.....-m.....- 20.....r. godz ..... : .....

.....  
(czytelny podpis osoby pobierającej krew)

Pieczętka jednostki pobierającej krew, jeżeli inna niż WSD w Bydgoszczy

Tryb badania:

NORMALNY

PILNY

.....  
(podpis i pieczętka lekarza zlecającego WSD)

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium: dz.....-m.....- 20.....r. godz ..... : .....