

IMIENNE ZAPOTRZEBOWANIE NA IMMUNOGLOBULINĘ ANTY-RhD

Podanie preparatu odbywa się w ramach procedury finansowanej przez NFZ

Wypełnia lekarz:

.....

pieczętka oddziału/szpitala

Nazwisko i imię pacjentki:

Data urodzenia: numer PESEL:

ROZPOZNANIE – podkreślić punkt 1, 2, 3a lub 3b:**1) Poród fizjologiczny dziecka RhD+dodatni - 150 µg****2) Poród patologiczny (cięcie cesarskie, ręczne wydobycie łożyska, poród martwego płodu) lub bliźniaczy dziecka RhD+dodatni - 300 µg:****3) Po poronieniu samoistnym lub przerwaniu ciąży, amniopunkcji diagnostycznej, usunięciu ciąży pozamacicznej, urazie brzucha lub w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego z krwawieniem dróg rodnych:****a) do 12 tygodnia ciąży - 50 µg****b) po 12 tygodniu ciąży – 150 µg**

.....

data wystawienia zapotrzebowania

.....

podpis i pieczętka lekarza

Wypełnia laboratorium:

.....

pieczętka laboratorium wykonującego badania kwalifikacyjne

Grupa krwi pacjentki matki w układzie ABO i RhD:

Wynik badania przeciwciał anti-RhD i data badania:

Noworodek: syn / córka*

Data urodzenia (*dzień, godzina i minuta w systemie 24-godz., a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się*):

.....

Grupa krwi dziecka w układzie ABO i RhD:

Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anti-RhD: TAK / NIE*

.....

badanie wykonał (czytelny podpis i pieczętka)

.....

wynik autoryzował

Wypełnia osoba wydająca preparat:

Rodzaj preparatu: Nr serii:

Ilość ampulek: Dawka Ig anti-RhD: Data ważności:

.....

data wydania preparatu

.....

podpis osoby wydającej preparat

.....

podpis osoby odbierającej preparat

*właściwe podkreślić