Data wystawienia zlecenia .....

Podmiot leczniczy

Jednostka lub komórka organizacyjna

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

.....

Numer badania .....

Tryb wykonania badania

| NORMALNY | PILNY |
|---|---|

Do Pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej w

.....

## ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D

Nazwisko i imię ciężarnej/matki .....

Data urodzenia ..... numer PESEL .....

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli kobieta nie posiada numeru PESEL

.....

Jeżeli kobieta NN: numer księgi głównej ....., numer księgi oddziałowej .....

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny .....

---

Noworodek: syn/córka

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

.....

*(czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego)*

Próbka krwi matki pobrana dnia ..... godzina ..... przez

.....

*(imię i nazwisko osoby pobierającej)*

Próbka krwi pępowinowej pobrana dnia ..... godzina ..... przez

.....

*(imię i nazwisko osoby pobierającej)*