

pieczętka jednostki organizacyjnej

Brodnica, dn. ....

Data pobrania próbki do badania .....

Data przyjęcia próbki do badania .....

Godzina przyjęcia próbki do badania .....

Numer badania .....

### WYNIK BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D

Nazwisko, imię matki .....

Data urodzenia (jeżeli kobieta nie posiada nr PESEL) ..... numer PESEL .....

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr PESEL .....

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

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny .....

Próbkę krwi pobrano, dnia ..... o godzinie .....

Grupa krwi ABO i RhD ..... Przeciwciała anti-D .....

Noworodek : ☐ syn ☐ córkaData urodzenia .....  
(dzień oraz godz. , min. w systemie 24-godz, w przypadku noworodka ur. z ciąży mnogiej cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się)

Grupa krwi ABO i RhD .....

.....  
czytelny podpis, pieczętka osoby  
wykonującej badanie.....  
czytelny podpis, pieczętka  
osoby autoryzującej

Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anti-D:

☐ tak☐ nie