



Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy
ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica
REGON 000302327 NIP 8741484403

*pieczętka jednostki organizacyjnej
składającej zamówienie*

Brodnica, dn.

Data przyjęcia próbki do badania

Godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

**Do Pracowni serologii lub
immunologii transfuzjologicznej**

W

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

Nazwisko, imię ciężarnej/ matki

Data urodzenia 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

Noworodek : ☐ syn ☐ córka

Data urodzenia

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

Tryb wykonania badania: ☐ normalny ☐ pilny

.....
czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego

Próbka krwi matki pobrana dnia godzina

Próbka krwi pępowinowej pobrana dnia godzina

.....
imię i nazwisko osoby pobierającej