

.....
(oznaczenie podmiotu leczniczego)

WYPEŁNIA LEKARZ¹⁾

Nazwisko i imię pacjentki:

Data urodzenia pacjentki:

Numer PESEL pacjentki²⁾

ZASTOSOWANIE IMMUNOPROFILAKTYKI W TRAKCIE CIĄŻY:

TAK

Tydzień ciąży:

Data podania:

Miejsce podania:

Zastosowana dawka:

NIE

ROZPOZNANIE

poród fizjologiczny dziecka RhD dodatniego –150 µg;

poród patologiczny dziecka RhD dodatniego (cięcie cesarskie, poród martwego płodu, poród mnogi, poród z zabiegiem Credego lub z ręcznym wydobyciem łożyska)³⁾ –300 µg;

po poronieniu samoistnym lub przerwaniu ciąży, po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej (amniopunkcja, biopsja kosmówki, kordocenteza) po usunięciu ciąży pozamacicznej, w przypadku zagrażającego poronienia lub porodu przedwczesnego, przebiegającego z krwawieniem z dróg rodnych oraz po wykonaniu obrotu zewnętrznego płodu⁴⁾:

do 20 tygodnia ciąży –50 µg;

po 20 tygodniu ciąży –150 µg;

podejrzenie lub stwierdzenie przecieku płodowo-matczynego (ilość immunoglobuliny anti-RhD określona indywidualnie, na podstawie oceny wielkości przecieku) –..... µg

.....
(data wystawienia zamówienia)

.....
(czytelny podpis lekarza)

Wypełnia osoba wydająca immunoglobulinę anti-RhD

Nazwa produktu:

Nr serii:

Ilość ampulek:

Dawka Ig anti-RhD:

Data ważności:

.....
(data wydania produktu)

.....
(czytelny podpis osoby wydającej produkt)

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej produkt)

¹⁾ Podstawą wystawienia zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne (immunoglobulinę anti-RhD) jest wynik badania immunohematologicznego, kwalifikującego do podania immunoglobuliny anti-D.

²⁾ W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

³⁾ Należy podkreślić odpowiednie wskazanie.

⁴⁾ Należy podkreślić odpowiednie wskazanie.