

.....

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**Zamówienie indywidualne na produkty krwiopochodne (immunoglobulinę anty-RhD)**WYPEŁNIA LEKARZ<sup>1)</sup>

Nazwisko i imię pacjentki:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia pacjentki:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer PESEL pacjentki<sup>2)</sup>:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ZASTOSOWANIE IMMUNOPROFILAKTYKI (podanie IgG anty-RhD) W TRAKCIE CIAŻY:**

- [ ] TAK Tydzień ciąży: ..... Data podania:..... Miejsce podania: .....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)<sup>3)</sup> – 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 płodu<sup>4)</sup>:

- [ ] do 20 tygodnia ciąży – 50 µg;

- [ ] po 20 tygodniu ciąży – 150 µg;

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

.....  
(data wystawienia zamówienia).....  
(czytelny podpis lekarza)

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

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

<sup>3)</sup> Należy podkreślić odpowiednie wskazanie.

<sup>4)</sup> Należy podkreślić odpowiednie wskazanie.

**Wypełnia osoba wydająca immunoglobulinę anty-RhD**

Nazwa produktu: ..... Nr serii: .....Ilość ampułek: .....

Dawka IgG anty-RhD: .....Data ważności: .....Data wydania .....

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