

Zamówienie indywidualne na immunoglobulinę anty-D – wypełnia lekarz,
na podstawie wyniku badania immunohematologicznego, kwalifikującego do podania immunoglobuliny anty-D

Podmiot leczniczy (pieczęć)

Imię i nazwisko pacjentki

PESEL

jeżeli brak numeru PESEL to proszę podać

Data urodzenia (dd-mm-rr)

rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

ZASTOSOWANIE IMMUNOPROFILAKTYKI W TRAKCIE CIĄŻY

TAK

Tydzień ciąży

data podania

Miejsce podania

zastosowana dawka

NIE

ROZPOZNANIE

poród fizjologiczny dziecka RhD dodatniego -**150µg**

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

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*

do 20tygodnia ciąży -**50µg**

po 20 tygodniu ciąży -**150µg**

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

Data wystawienia zamówienia

czytelny podpis lekarza

*należy podkreślić odpowiednie wskazanie