

IMUNOHEMATOLOGIE

- Formular cu informații privind pacientul -

(Se va atașa obligatoriu comenzii de analize și se va trimite către laboratorul subcontractant)

INFORMAȚII DESPRE PACIENT

Nume:

Prenume:

Sex: **Masculin** **Feminin**

Data nașterii:

Data și ora recoltării probei: ora

Asistent medical recoltare: Medic curant:

CONTEXT CLINIC ȘI BIOLOGIC

Motivul solicitării testului

Rezultat anterior pentru screening anticorpi anti-Rh (se va menționa rezultatul):

Grup sanguin pacient (ABO și RH):

Transfuzii **Da** **Nu** **Data:**

Sarcină: **Da** **Nu**

Vârsta gestațională

Sarcini anterioare:

Injecții cu anti-RH1: **Da** **Nu**

Dacă da, menționați data : Doza injectată: **200μg** **300μg**

Grup sanguin partener (ABO și RH):

Testul se adresează femeilor însărcinate cu sarcină cu incompatibilitate de Rh (gravidă cu Rh negativ și partener conceptual cu Rh pozitiv).

Testul se efectuează prin metoda cu eritrocite papainate și este un test screening. În funcție de contextul clinic al pacientei, se recomandă confirmarea rezultatului la un centru de specialitate.

Data:

Semnătură pacient:

