

Karta profilaktyki konfliktu Rh D

Pieczętka Oddziału

Nr historii choroby

Nazwisko i Imię ur.

Data, godzina, rodzaj porodu:	Poprzednie ciąży:	Leczenie krwią:
Grupa krwi i Rh matki:	Pośredni Test antyglobulinowy – PTA:	Zakwalifikowano do badania immunologicznego (pieczętka i podpis lekarza)
Grupa krwi i Rh dziecka:	Bezpośredni Test antyglobuliny – BTA:	 Pieczętka i podpis kwalifikującego (serolog)
Ilość podanej immunoglobuliny:	Seria:	 Pieczętka i podpis osoby wykonującej zlecenie:

Opracowanie ZOZ Sucha Beskidzka, czerwiec 2011