

Nr umowy z NFZ

IMIENNE ZAPOTRZEBOWANIE NA PREPARAT GAMMA ANTY-D

RODZAJ PREPARATU:

- GAMMA ANTY-D DAWKA 50 ug
- GAMMA ANTY-D DAWKA 150 ug

ILOŚĆ AMPUŁEK (DAWKA).....

NAZWISKO I IMIĘ.....

PESEL.....

GRUPA KRWI ABO I Rh.....

ROZPOZNANIE.....

DATA PORODU (rodzaj).....

DATA PORONIENIA (rodzaj, tydzień).....

EWENTUALNE WSKAZANIA DO ZWIĘKSZENIA DAWKI.....

.....

PODPIS I PIECZĄTKA ORDYNATORA ODDZIAŁU  
LUB OSOBY PRZEZ NIEGO UPOWAŻNIONEJ

ZAKWALIFIKONANO DO WYDANIA

WYDAĆ:

DATA I PIECZĄTKA UPOWAŻNIONEGO DIAGNOSTY Z RCKIK W POZNIANIU

Szpital .....

Oddział .....  
(pieczętka)

Data .....

Do

Pracowni serologii transfuzjologicznej

w .....

**SKIEROWANIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI****PACJENT:**

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia lub PESEL .....

Rozpoznanie .....

Grupa krwi .....

Przeciwciała odpornościowe .....

Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciężce .....  
(właściwe podkreślić)

Data ostatniego przetoczenia .....

Podpis i pieczętka lekarza kierującego .....

Data i godzina pobrania próbki krwi .....

Czytelny podpis osoby pobierającej .....

**SKŁADNIKI KRWI WYDANE PRZEZ BANK KRWI:**

Grupa krwi/Numer pojemnika

.....

.....

.....

Podpis pracownika banku krwi .....

# Ocena ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej

## SKALA WELLSA

Cecha kliniczna	Liczba punktów
nowotwór złośliwy (leczony lub rozpoznany w ciągu ostatnich 6 miesięcy)	1
porażenie, niedowład lub niedawne unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym	1
niedawne unieruchomienie w łóżku przez >3 dni lub duży zabieg chirurgiczny w ciągu ostatnich 4 tygodni	1
bolesność miejscowa w przebiegu żył głębokich kończyny dolnej <sup>a</sup>	1
obrzęk całej kończyny dolnej	1
obwód goleni większy o >3 cm w porównaniu z bezobjawową kończyną (pomiary 10 cm poniżej guzowatości piszczeli) <sup>a</sup>	1
obrzęk ciastowaty (większy na objawowej kończynie) <sup>a</sup>	1
widoczne żyły powierzchowne krążenia obocznego (nieżyłakowe) <sup>a</sup>	1
inne rozpoznanie równie lub bardziej prawdopodobne niż ZZG	-2
Interpretacja	
Prawdopodobieństwo kliniczne	Suma punktów
małe	$\leq 0$
pośrednie	1-2
duże	$\geq 3$

.....  
(miejsowość)

.....  
(data)

**Dyrektor**  
.....

**ZAWIADOMIENIE**  
**o zastosowaniu przymusu bezpośredniego**  
**na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego**

1. W dniu ..... o godz. ....

wobec Pana (Pani) .....

z oddziału ..... przyjętego(ej) bez zgody, za zgodą\*

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie .....

.....

3. Z powodu .....

.....

4. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał .....

.....

.....  
\*Niepotrzebne skreślić

.....  
Zatwierdzam

## KARTA DEPOZYTOWA

### Przyjęcie depozytu

Imię i nazwisko

Data urodzenia: .....

Miejsce urodzenia: .....

PESEL

Ubezpieczyciel:

Adres zamieszkania: .....

Adres do korespondencji: .....

Nazwa oddziału: .....

Data złożenia depozytu:

Numer depozytu:

Szczegółowy opis przedmiotu depozytu (ilość, rodzaj, cechy szczególne, uszkodzenia itd.)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....

Imię i nazwisko osoby przyjmującej i osób obecnych:

Podpis:

1.

2.

3.

Podpis osoby zdającej (pacjenta)

### Odbiór depozytu

Data i podpis osoby wydającej depozyt:

Data i czytelny podpis osoby odbierającej depozyt: