**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на иммуногематологические исследования**

**в ГБУ РМЭ «РСПК», г.Йошкар-Ола, ул.Пролетарская, 66,  
эл.почта** [**rspk@m**](mailto:rspk@minzdrav12.ru)**ari-el**[**.ru**](mailto:rspk@minzdrav12.ru)**, тел.45-43-81.**

(индивидуальный подбор, определение группы крови и резус-принадлежности,

фенотипирование антигенов эритроцитов, скрининг антиэритроцитарных антител,

прямая проба Кумбса, идентификация аллоиммунных антител)

***нужное подчеркнуть***

1. Наименование МО, адрес местонахождения, электронная почта \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Отделение

3. № истории болезни

4. Фамилия, имя, отчество (полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата и год рождения

6. Диагноз

7.Трансфузионный/акушерский анамнез (указать даты и как гемотрансфузии протекали, осложнения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Данные о принимаемых лекарственных препаратах (моноклональные антитела, коллоиды)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Группа крови по системе АВО\_\_\_\_\_\_\_ Резус принадлежность \_\_\_\_\_\_\_

10. Фенотип \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Результат скрининга аллоиммунных антител в непрямом антиглобулиновом тесте\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12.Результат предыдущего теста (идентификации) при наличии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Наименование гемотрансфузионной среды:эр.масса, эр.взвесь, отмытые эритроциты(нужное подчеркнуть)

14.Количество требуемого компонента крови (в литрах)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15.Ориентировочная дата трансфузии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16.Ф.И.О. (полностью) и должность медицинского работника, назначившего лабораторное исследование, № контактного телефона, подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17.Дата и время взятия биоматериала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18.Ф.И.О. и подпись лица, производившего забор крови\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Примечание:** При определении специфичности аллоантител должен быть выпол­нен ряд требований:

1. Образец крови должен быть взят не более чем за 2 дня до исследования в пробирки с ЭДТА и храниться при температуре +4...+8 °С.

2. Количество биоматериала должно быть не менее 6 мл.

3. Гемолизированная и хилезная кровь не использу­ются.

4. Если в анамнезе у больного уже обнаруживались аллоиммунные антитела какой-либо специфичности, каждый раз перед предполагаемой трансфузией необ­ходимо перепроверять специфичность.