

Наименование направляющего учреждения МУЗ ДГБ
г. Дубна, ул. Карла Маркса, д. 30, т. 5-81-40

№ 9
10.000

ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ
на наличие резус-фактора и резус-антител

1. Фамилия, имя, отчество и адрес исследуемого _____

2. Возраст _____ 3. Группа крови _____

4. Диагноз _____

5. Имел ли раньше реципиент переливания крови (указать даты и как они протекали) _____

6. Сколько в анамнезе беременностей _____

7. Рождались ли у реципиента дети с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха, врожденный универсальный отек и прочее) _____

8. Имелись ли повторные выкидыши и мертворожденные дети _____

Результат исследования _____

Дата _____ Подпись лечащего врача _____

РЕЗУС-ЛАБОРАТОРИЯ

Анализ № _____

Результат исследования

Кровь больной _____

Резус-антитела в крови _____

Титр резус-антител _____

Дата _____

Подпись врача-лаборанта _____