



טופס בירור מקרה  
פקס - 03-5300473  
טל. - 03-5300401  
03-5300463

אל: המעבדה הארצית לאפיון נוגדנים  
וזיהוי קבוצות דם נדירות  
בירור נדרש: [ ] סרולוגי [ ] מולקולרי \*

דחיפות הבירור	שגרת [ ]	בהקדם [ ]	דחוף [ ]	נא לידע טלפונית במקרים כאלה
------------------	-------------	--------------	-------------	-----------------------------

תאריך לקיחת הדגימה \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ שעה \_\_\_/\_\_\_ תאריך משלוח הדגימה \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
מספר דגימה (של הגורם השולח) \_\_\_\_\_

שם המטופל/ת:		מאושפז/ת: לא [ ] כן [ ]	
תאריך לידה:	גיל:	מין:	מחלקה: מס' ת.ז.: מס' דרכון: אחר _____:
בירור קודם בשירותי הדם כן [ ] לא [ ]		מוצא המטופל/ת:	
אבחנה קלינית:			
[ ] הריון		שבוע [ ]	
Hgb/Hct:	דמם פעיל?	עדות להמוליזה? (פרטי)	
עירוני דם בעבר:		ב-3 החודשים אחרונים:	
מעל 3 חודשים:		סה"כ מנות: _____	
תופעות לוואי לעירוני:		תאריך: _____	
אם כן, בבקשה פרטי:		לא ידוע [ ]	
מספר הריונות:		סיפור של מחלה המוליטית בילוד: כן [ ] לא [ ]	
תרופות נוכחיות:		אם כן, פרטי:	

בדיקה מולקולרית מבוקשת
------------------------

**תוצאות בדיקות בביה"ח**

DAT	ABO Rh:	נוגדנים ידועים: הערות:
תאריך בו נדרשות המנות: ___/___/___	אם כן, כמה מנות?	האם נדרשת עזרה באספקת דם עבור המטופל/ת? כן [ ] לא [ ]

**פרטי בית החולים השולח**

שם ביה"ח:	מס' טלפון:
השולח:	חתימה:

אנא צרפו דף זה, דפי הסקר והפנלים שלכם ותוצאות בדיקות מולקולריות קודמות לדגימות הדם  
(7 סמ"ק דם ב-EDTA, 10 סמ"ק דם קרוש)

למטופלים אמבולטוריים/תיירי מרפא - יש לצרף התחייבות מתאימה  
\* לברור מולקולרי - יש לצרף מסמך הסכמה מודעת של המטופל/ת מס' 17-003