|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **产前血清学检查申请单** | | | | | | | | | | |
| **编号:** | | | **结果领取: □自取 □到付** | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **女方姓名:** |  | | **年龄:**  岁 | | | | **ABO**血型: |  | **RhD**血型: |  |
| **男方姓名:** |  | | **年龄:**  岁 | | | | **ABO**血型: |  | **RhD**血型: |  |
| **孕周:** | **孕** 周 | | **□未孕** | |  | | **既往结果:** |  | | |
| **孕产史:** | **孕** 产 注: | | | | | | **输血史:** | **□有 □无 注:** | | |
| **标本采集时间：** | | | | | | | | | | |
| **检测项目** |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | **□ 女方血型**(ABO+Rh) | | | | |  | **□ 男方血型**(ABO+Rh) | |  |  |
|  | **□ 血型单特异性抗体鉴定** | | | | |  | **□ 其它抗体效价:** | |  |  |
|  | **□** IgG抗-A抗体效价 | | | | |  | **□ 其它:** | | |  |
|  | **□** IgG抗-B抗体效价 | | | | |  |  | | |  |
|  | **□** IgG抗-D抗体效价 | | | | |  |  | | |  |
| **确认信息签名:** | | | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |  |
| **申请日期:** |  | | | 联系电话: | |  | | 接待者: |  | |

**申请单填写说明：**

1. 填写女方姓名至输血史部分，以及联系电话；其它暂不填写

2. 申请单用A4纸打印；可电脑填写后打印，如手写，确保字迹清晰可辨认

3. ABO血型写法：A、B、O、AB；RhD血型写法：阳性（+）或阴性（-）

4. 孕周统一按周数算，不按月算；既往结果栏填写之前检测的结果，没有则填写"无"

5. 孕产史：怀孕次数与分娩次数，比如流产1次，分娩1次，现孕期中，则孕3产1

6. 输血史：指女方之前因为疾病住院输过血，如有，注明输血时间

7. 准确的孕产史与输血史对检测有重要参考意义，请如实填写

**送检说明：**

1. 标本：女方抗凝血液5mL（禁用含促凝胶采血管），血样管上写明受检者姓名；建议血样在送检前1天或者当天采集，送检前4℃冰箱保存，送检途中尽量避免剧烈晃动。

2. 送检前请明确夫妻双方ABO及Rh（D）血型，并填写在申请单上。

3. 送检地址：徐州市西安南路128-1号，徐州市红十字血液中心4楼输血研究科。

4. 送检时间：工作日9:00-12:00；14:00-17:30（周末及法定节假日不接收，国庆及春节前请电话咨询送检时间）

5. 出报告时间：5个工作日内（不包含周末及法定节假日）。

6. 咨询电话0516-82368626，咨询时间为工作日9:00-12:00；14:00-17:30（周末及法定节假日除外）