

.....
(pieczęć Centrum/TO)

KARTA ZGŁOSZENIA CHOREGO DO AUTOTRANSFUZJI PRZEDOPERACYJNEJ

Tryb pobrania krwi i jej składników: ambulatoryjny
 szpitalny

.....
Szpital

oddział

nr ks.gł pacjenta

.....
Imię

Nazwisko

PESEL chorego

.....
Adres: kod

miejsowość

ulica numer domu/mieszkania

.....
Grupa krwi chorego

przewidywana data operacji/zabiegu

.....
Rodzaj preparatu do pobrania

objętość

liczba planowanych donacji

.....
data/pieczęćka/ podpis lekarza zgłaszającego

Przewidywane daty donacji:

.....
data/pieczęćka/ podpis lekarza
specjalisty transfuzjologii klinicznej

