

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie Adres: Kraków 31-540, ul. Rzeźnicza 11	FORMULARZ	Nr formularza – SOP Nr 20/172/ F - 03
Obowiązująca forma*: –elektroniczna –elektroniczna i papierowa - papierowa	ZLECENIE DLA RCKiK NA WYKONANIE ZABIEGU LEUKAFEREZY AUTOMATYCZNEJ U KANDYDATA/ KRWIODAWCY U KTÓREGO PRZEPROWADZONO STYMULACJĘ CZYNNIKIEM WZROSTU G-CSF	Obowiązuje od dnia: 15.06.2016 roku Strona 1 z 1

* niewłaściwe skreślić

ZLECA SIĘ WYKONANIE ZABIEGU LEUKAFEREZY AUTOMATYCZNEJ:

u PANA/ PANI :.....

UR..... NR PESEL.....

ZAM. :.....

po przeprowadzonej w dniu.....stymulacji czynnikiem wzrostu G - CSF.

(Do stymulacji czynnikiem wzrostu można przystąpić po otrzymaniu telefonicznego potwierdzenia od lekarza z RCKiK w Krakowie o ujemnych wynikach badań czynników zakaźnych i zgodnej próbie zgodności).

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

KRAKÓW dnia:.....