
szpital

oddział

nr ks. gł. pacjenta

KARTA AUTOTRANSFUZJI

imię

nazwisko

data urodzenia

adres

grupa krwi

przewidywana data zabiegu

rozpoznanie i rodzaj planowanego zabiegu

Kwalifikacja do zabiegów autotransfuzji

rodzaj donacji

objętość

liczba planowanych donacji

częstość donacji

uwagi

podpis lekarza kwalifikującego

Wyrażam zgodę na zabieg autotransfuzji. Zostałem poinformowany o sposobie przeprowadzenia zabiegu i możliwych powikłaniach.

data

podpis

Karta zabiegów autotransfuzji

Wyniki badań w kierunku nosicielstwa kity i chorób wirusowych:

Antygen HBs

P-ciała anty-HIV 1,2

P-ciała anty-HCV

test kłowy

Podpis osoby wpisującej

Data donacji	Numer donacji	Wyniki badań hematologicznych	Wyniki badania lekarskiego	Uwagi	Podpis lekarza kwalifikującego