

| | | |
|--|---|--|
| Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie Adres: Kraków 31-540, ul. Rzeźnicza 11 | FORMULARZ | Nr formularza – SOP Nr 20/172/ F - 01 |
| Obowiązująca forma*: - elektroniczna elektroniczna i papierowa - papierowa | KARTA ZGŁOSZENIA ZAMÓWIENIA NA KONCENTRAT GRANULOCYTARNY | Obowiązuje od dnia: 20.08.2018 r roku Strona 1 z 2 |

* niewłaściwe skreślić

IMIĘ I NAZWISKO BIORCY:

DATA URODZENIA / PESEL BIORCY.....

GRUPA KRWI BIORCY (ABO, Rh D, antygen K, przeciwciała odpornościowe)

.....

WAGA CIAŁA BIORCY.....

WSKAZANIA DO KG.....

ROZPOZNANIE.....

LEKARZ ZAMAWIAJĄCY SKŁADNIK KRWI (imię, nazwisko, nr telefonu, oddział, szpital)

.....

.....

TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA pierwszego KG.....

Liczba zamówionych opakowań KG.....

INFORMACJE O KANDYDATACH/ KRWIODAWCACH SKIEROWANYCH PRZEZ ODDZIAŁ
DO KWALIFIKACJI NA KG (imię, nazwisko, nr telefonu, grupa krwi):

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

| | | |
|--|---|--|
| Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie Adres: Kraków 31-540, ul. Rzeźnicza 11 | FORMULARZ | Nr formularza – SOP Nr 20/172/ F - 01 |
| Obowiązująca forma*: - elektroniczna elektroniczna i papierowa - papierowa | KARTA ZGŁOSZENIA ZAMÓWIENIA NA KONCENTRAT GRANULOCYTARNY | Obowiązuje od dnia: 20.08.2018 r roku |
| | | Strona 2 z 2 |

INFORMACJE O KANDYDATACH/ KRWIODAWCACH WSTĘPNIE
 ZAKWALIFIKOWANYCH PRZEZ LEKARZA DZIAŁU DAWCÓW NA KG (numer donacji, imię,
 nazwisko):

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....