

## Załącznik nr 1

Pieczęć podmiotu leczniczego

### **SKIEROWANIE DO RCKiK w KRAKOWIE W CELU WYKONANIA PRP – OSOCZA BOGATOPLYTKOWEGO**

imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....GRUPA KRWI.....

Adres.....

rozpoznanie .....

objętość PRP.....data podania PRP.....

Uwagi(choroby towarzyszące).....

.....  
.....

podpis lekarza kwalifikującego

Wyrażam zgodę na zabieg pobrania krwi autologicznej w celu wytworzenia PRP – OSOCZA BOGATOPLYTKOWEGO. Zostałem poinformowany o sposobie przeprowadzenia zabiegu i możliwych powikłaniach.

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
podpis

Załącznik na 1 do SOP Nr 25/172  
obowiązuje od 10.09.2018 r

**Karta zabiegów poboru krwi autologicznej do PRP/Sztucznych Łez**

Wyniki badań w kierunku nosicielstwa kiły i chorób wirusowych:

Antygen HBs

P-ciała anty-HIV<sub>1,2</sub>

P-ciała anty-HCV

test kiłowy

Podpis osoby wpisującej

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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