

## Załącznik nr 2

Pieczęć podmiotu leczniczego

### **SKIEROWANIE DO RCKIK w KRAKOWIE W CELU WYKONANIA SZTUCZNYCH ŁEZ**

imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

adres.....

ROZPOZNANIE.....

CHOROBY TOWARZYSZĄCE.....

.....

.....

SZTUCZNE ŁZY.....

dawkowanie

podpis lekarza kwalifikującego

Kwalifikacja do pobrania krwi autologicznej

Wyrażam zgodę na zabieg pobrania krwi autologicznej w celu wytworzenia SZTUCZNYCH ŁEZ. Zostałem poinformowany o sposobie przeprowadzenia zabiegu i możliwych powikłaniach.

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
podpis

Załącznik 2 do SOP Nr 25/172  
obowiązuje od 10.09.2018 r

**Karta zabiegów autotransfuzji**

Wyniki badań w kierunku nosicielstwa kiły i chorób wirusowych:

Antygen HBs

P-ciała anty-HIV 1,2

P-ciała anty-HCV

test kiłowy

Podpis osoby wpisującej

\_\_\_\_\_

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