

<b>Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie</b> Adres: Kraków 31-540, ul. Rzeźnicza 11	<b>FORMULARZ</b>	Nr formularza – SOP Nr 20/172/ F - 03
Obowiązująca forma*: –elektroniczna –elektroniczna i papierowa - papierowa	<b>ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONEJ STYMULACJI CZYNNIKIEM WZROSTU I SKIEROWANIE DO ZABIEGU LEUKAFEREZY AUTOMATYCZNEJ W DZIAŁE POBIERANIA</b>	Obowiązuje od dnia: 20.08.2018 r .  Strona 1 z 1

\* niewłaściwe skreślić

ZAŚWIADCZA się, że:

u PANA/ PANI :.....

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

ZAM. :.....

U kandydata zakwalifikowanego do oddawania krwi metodą leukaferezy automatycznej została przeprowadzona w dniu.....stymulacja czynnikiem wzrostu G – CSF  
 rodzaj czynnika wzrostu.....i dawka.....

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

ZLECA SIĘ WYKONANIE ZABIEGU LEUKAFEREZY AUTOMATYCZNEJ u w/w

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

KRAKÓW dnia:.....