

Kontrola dárce po odběru krvetvorných buněk

Dárce– jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Kód dárce	
Datum odběru:	

	1 týden	1 měsíc	6 měsíců	12 měsíců
Datum odběru:				
Leukocyty				
Erytrocyty				
Hemoglobin				
Dif.				
Trombocyty				
Urea	---			
Kreatinin	---			
Bilirubin	---			
ALT	---			
AST	---			
ALP	---			
LDH	---			
CB	---			
Cholesterol	---			
Triagl.	---			
Glukósa	---			
infekční markery	---	---		---

Odběr infekčních markerů: anti-HCV, HbsAg, anti - HBc, syfilis, anti HIV1/2 + p24Ag

	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok
Datum odběru:					
Leukocyty					
Erytrocyty					
Hemoglobin					
Dif.					
Trombocyty					
Urea					
Kreatinin					
Bilirubin					
ALT					
AST					
ALP					
LDH					
CB					
Cholesterol					
Triagl.					
Glukósa					
infekční markery	---	---	---	---	---

	7 rok	8 rok	9 rok	10 rok
Datum odběru:				
Leukocyty				
Erytrocyty				
Hemoglobin				
Dif.				
Trombocyty				
Urea				
Kreatinin				
Bilirubin				
ALT				
AST				
ALP				
LDH				
CB				
Cholesterol				
Triagl.				
Glukósa				
infekční markery	---	---	---	---

převzato z Českého národního registru dárců dřeně