

HEMATO-ONKOLOGICKÁ KLINIKA

verze č. 7, str. 1/1

Identifikační štítek pacienta:

Jméno: Kód ZP:

Příjmení:

RČ pacienta:

Adresa bydliště:

Záznam o schválení autologního odběru krvetvorných buněk

Diagnóza:

Indikace k odběru krvetvorných buněk:

Pacient byl schválen k odběru periferních krvetvorných buněk

bez výhrad na jednání Indikační komise dne:

☐ pacient podepsal informovaný souhlas s odběrem periferních krvetvorných buněk dne:

V Olomouci dne

Jméno, příjmení ošetřujícího lékaře	Jméno, příjmení vedoucího lékaře Transplantačního programu	Jméno, příjmení transplantačního koordinátora
Podpis ošetřujícího lékaře	Podpis vedoucího lékaře Transplantačního programu	Podpis transplantačního koordinátora