

Identifikační štítek dárce:

Jméno: Kód ZP:

Příjmení:

RČ:.....

Adresa bydliště:

Záznam o stavu vyšetřování a propuštění příbuzného dárce

Odběr pro pacienta: _____

Příbuzný dárce/dárkyně podepsal informovaný souhlas s odběrem: periferních krvetvorných buněk
 kostní dřeně

Konfirmace HLA před alogenní transplantací provedena dne _____

Fyzikální vyšetření provedeno dne _____ bez kontraindikace výkonu

Laboratorní odběry provedeny dne _____ bez kontraindikace výkonu

Sérologická vyšetření provedena dne _____ bez kontraindikace výkonu

Závěr:

Dárce/dárkyně vyhovuje všem kritériím pro bezpečný odběr a byl/a dne _____ propuštěn/a k odběru.

Dárce/dárkyně nevyhověl/a všem kritériím pro bezpečný odběr – od odběru upuštěno 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