~~Oryginał~~ /kopia

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi		
Załącznik nr 7	**Wersja 1**	**Data wdrożenia: 20.01.2025r**
SOP-DDiP-GL-PR-01	**Wersja 1**	**Strona 1 z 1**
Karta autotransfuzji		

Skierowanie na donację do celów autotransfuzji (Wypełnia lekarz kierujący)

Nazwa PWDL (Szpital, Oddział)	**Podpis i pieczątka lekarza kierującego**
Imię i Nazwisko pacjenta (dawcy autologicznego)	
PESEL/ data urodzenia	
Grupa Krwi ABO RhD	
Rozpoznanie, choroby towarzyszące	
Przewidywana data zabiegu	
Rodzaj planowanego zabiegu	

……

Wyrażam zgodę na zabieg autotransfuzji. Zostałam/em poinformowana/y o sposobie przeprowadzenia zabiegu i możliwych powikłaniach, a także o ewentualnej konieczności przetoczenia krwi allogenicznej.

…… …….

Data Czytelny podpis pacjenta (dawcy autologicznego)

……

Kwalifikacja do zabiegów autotransfuzji

Liczba planowanych donacji	
Częstość donacji	

L.p.	Data donacji	Rodzaj donacji	Objętość pobrana	Kwalifikacja*	Uwagi	Podpis lekarza
1.						
2.						

*wpisać „TAK” – w przypadku zakwalifikowania „NIE” – w przypadku dyskwalifikacji