~~Oryginał~~/Kopia

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi		
Załącznik nr 11	Wersja 1	Data wdrożenia: 20.01.2025r
SOP-DDiP-GL-PR-01	Wersja 1	Strona 1 z 1
SKIEROWANIE DO ODDANIA KRWI OSOBY Z HEMOCHROMATOZĄ		

Wypełnia lekarz prowadzący:

Jednostka Opieki Zdrowotnej		
Imię i Nazwisko pacjenta		
PESEL/ data urodzenia		
Rozpoznanie		
Choroby towarzyszące, ocena zmian narządowych, przyjmowane leki		
Wymagania postępowania terapeutycznego	**Częstotliwość donacji**	**Termin zakończenia zwiększonej częstotliwości**

……

Podpis i pieczątka lekarza