Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii
Oddział Transplantacji Szpiku Kostnego
Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
tel. 052 585 4860, faks 052 585 4756; e-mail: tsk@cm.umk.pl

WSTĘPNE ZGŁOSZENIE DAWCY DO TRANSPLANTACJI KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH DLA BIORCY RODZINNEGO

Imię i nazwisko **biorcy**: _____

Imię i nazwisko dawcy: _____

Rodzaj pokrewieństwa z biorcą: _____

Data urodzenia: _____ PESEL: _____

Adres: _____

_____ tel.: _____

Masa ciała (kg): _____ Wzrost (cm): _____

Grupa krwi / czynnik Rh: _____ Anty-CMV-IgG: _____

Ośrodek kierujący do transplantacji:

Lekarz prowadzący / telefon / faks /e-mail:

Data zgłoszenia:

UWAGA:
Prosimy załączyć do zgłoszenia:

- wykonane typowanie HLA dawcy (pełny wynik z danymi pracowni wykonującej oznaczenie)
- istotne informacje (jeśli są dostępne): przebyte poważne choroby, uczulenia, zakażenia (zwłaszcza WZW i CMV) mogące stanowić przeciwwskazanie do pobrania komórek.

Zgłoszenie prosimy przesłać na adres Kliniki wraz ze zgłoszeniem biorcy (preferowany skan przesłany e-mailem). Konieczne wysłanie oryginału zgłoszenia pocztą!