



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



WSTĘPNE ZGŁOSZENIE PACJENTA
DO AUTOLOGICZNEJ TRANSPLANTACJI KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ PESEL: _____

Adres: _____

_____ tel.: _____

Choroba podstawowa / data rozpoznania: _____

Wskazania do transplantacji: _____

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

Grupa krwi / czynnik Rh: _____

Ośrodek kierujący do transplantacji (pieczęć):

Lekarz leczący / telefon / faks / e-mail:

Data zgłoszenia:

UWAGA:

Prosimy załączyć do zgłoszenia:

- epikryzę zbiorczą z najbardziej istotnymi wynikami badań i podsumowaniem przebiegu leczenia z ew. uwagami dotyczącymi wskazań lub procedury

Zgłoszenie prosimy przesłać pocztą lub faksem na adres Kliniki wraz ze zgłoszeniem dawcy.