Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Katowice	**Skierowanie do zabiegu autotransfuzji**

Wypełnia szpital

1. .....
   Szpital (pieczątka) oddział nr. ks. głównej pacjenta
2. .....
   Dane pacjenta - imię nazwisko PESEL
3. Grupa krwi.....
4. Przewidywana data zabiegu.....
5. Rozpoznanie i rodzaj planowanego zabiegu .....
   .....
6. Choroby towarzyszące……
   .....
7. Zażywane leki……
8. Wynik morfologii krwi……
9. Ilość i rodzaj zamawianego składnika krwi (jednostkach)……
10. Czy pacjent otrzymuje preparaty żelaza ? - tak, nie.

……
pieczątka lekarza kierującego

Wypełnia pacjent

<u>Zgoda pacjenta na pobranie krwi do celów autotransfuzji</u>

Wyrażam zgodę na zabieg autotransfuzji. Zostałem poinformowany o sposobie przeprowadzenia zabiegu i możliwych powikłaniach.

…… ……..
Data podpis

<u>Informacji udziela :</u>
Kierownik Działu Krwiodawców – lek. Anna Cendrzak- Basista
Tel. 32 20 87 368