

## SLEDOVÁNÍ DÁRCE PO ODBĚRU KRVETVORNÝCH BUNĚK

1 týden po odběru

1 měsíc po odběru

Adresa dárcovského centra:

--

Jméno dárce:

Kód dárce:

Datum narození:  
(den-měsíc-rok)

Odběrové centrum:

Město:

Jméno lékaře:

Datum odběru  
(den-měsíc-rok):

Typ odběru:

- Kostní dřeň     Periferní krvevorné buňky  
 1.darování     2.darování

Jak se cítíte fyzicky?     lépe než obvykle     normálně     hůře než obvykle     mnohem hůře než obvykle

Jak se cítíte duševně?     lépe než obvykle     normálně     hůře než obvykle     mnohem hůře než obvykle

Měl/a/ jste po darování některou z uvedených potíží? Jestliže ano, prosím specifikujte:

- únava     nespavost     teplota     bolest v krku  
 bolest hlavy     točení hlavy     bolest kostí     bolest v místě odběru  
 noční pocení     ztuhlost     nevolnost     zvracení

jiné (prosím upřesněte):

Máte pocit, že jste byl/a/ před odběrem správně informován/a/ a získal/a/ správnou představu o darování krvevorných buněk?     Ano     Ne

V případě potřeby uveďte detaily:

### V nemocnici/odběrovém centru:

Máte pocit, že Vás personál přiměřeně podporoval během darování?     Ano     Ne

Prosím upřesněte:

Máte pocit, že se o Vás personál v nemocnici dobře staral?     Ano     Ne

Prosím upřesněte:

Jestliže ne, prosím naznačte, jak by personál mohl lépe pečovat:

Setkal/a/ jste se s nějakým specifickým problémem týkajícím se Vašeho darování?     Ano     Ne

Prosím upřesněte:

Je něco, co by Vám bylo mohlo zlepšit Váš dojem z darování? Nebo máte nějaké návrhy, jak bychom mohli zdokonalit péči o budoucí dárce?

Před darováním:

Po darování:

Datum (den-měsíc-rok):

Podpis dárce:

Vyplněný dotazník prosím odešlete na adresu dárcovského centra. Děkuje.