

**SLEDOVÁNÍ DÁRCE PO ODBĚRU KRVETVORNÝCH BUNĚK**

/vyplní dárcovské centrum telefonicky/

Jméno dárce:		Kód dárce:	
Datum narození: (den-měsíc-rok)		Datum odběru: (den-měsíc-rok)	
Typ odběru:	<input type="checkbox"/> Kostní dřeň	<input type="checkbox"/> PBSC	
	<input type="checkbox"/> 1.darování	<input type="checkbox"/> 2.darování	

**Sledování: 6 měsíců po darování**

Jak se cítíte fyzicky?	<input type="checkbox"/> lépe než obvykle	<input type="checkbox"/> normálně	<input type="checkbox"/> hůře než obvykle	<input type="checkbox"/> mnohem hůře než obvykle
Jestliže hůře než obvykle, prosím upřesněte:				
Jak se cítíte duševně?	<input type="checkbox"/> lépe než obvykle	<input type="checkbox"/> normálně	<input type="checkbox"/> hůře než obvykle	<input type="checkbox"/> mnohem hůře než obvykle
Jestliže hůře než obvykle, prosím upřesněte:				

Jste pravidelně kontrolován lékařem?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
<i>Jestliže ano, uveďte podrobnosti :</i>		
Berete pravidelně léky?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
<i>Jestliže ano, uveďte podrobnosti:</i>		
Prodělal jste v posledním roce nějaké krevní testy?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
<i>Jestliže ano, požádejte o kopie (v případě možné souvislosti s odběrem krvetvorných buněk).</i>		
Která zkušenost v souvislosti s dárcovstvím pro Vás byla nejlepší?		
Která zkušenost v souvislosti s dárcovstvím pro Vás byla nejméně pozitivní?		
Máte nějaké návrhy jak bychom mohli zdokonalit péči o budoucí dárce?		
Datum (den-měsíc-rok):	Vyplnil/jméno a podpis:	