

SLEDOVÁNÍ DÁRCE PO ODBĚRU KRVETVORNÝCH BUNĚK

K vyplnění dárcovským centrem nebo dárce v termínu:

po odběru.

Adresa dárcovského centra:

Jméno dárce:	Příjmení dárce:
Kód dárce:	
GRID:	

Údaje o odběru:

Odběrové centrum:

Jméno lékaře:	Datum odběru: (YYYY-MM-DD)	
Typ odběru:	Kostní dřeň	Periferní krvetvorné buňky
	1.darování	2.darování

Zkušenost dárce:

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	
vyrážka	ztráta chuti k jídlu			
Jiné (prosím upřesněte):				
Máte pocit, že jste byl/a/ před odběrem správně informován/a/ a získal/a/ správnou představu o darování krvetvorných buněk?				
Prosím upřesněte:				
Ano Ne				

V NEMOCNICI/ODBĚROVÉM CENTRU - VYPLŇUJTE POUZE TÝDEN PO ODBĚRU

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:		

Jméno a příjmení:	Datum: (rrrr-mm-dd)	Podpis:
-------------------	---------------------	---------

Vyplněný dotazník prosím odešlete na adresu dárcovského centra. Děkujeme.