

SLEDOVÁNÍ DÁRCE PO ODBĚRU KRVETVORNÝCH BUNĚK

Dárce:	
Jméno dárce:	Příjmení dárce:
Kód dárce:	
GRID:	
Datum narození: (RRRR-MM-DD)	

Sledování	rok/let po darování
-----------	---------------------

Odběr:		
Datum odběru: (RRRR-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
Jestliže hůře než obvykle, prosím upřesněte:				
Jak se cítíte duševně?	lépe než obvykle	normálně	hůře než obvykle	mnohem hůře než obvykle
Jestliže hůře než obvykle, prosím upřesněte:				
Jste pravidelně kontrolován lékařem v posledních 12 měsících?			Ano	Ne
Jestliže ano, uveďte podrobnosti :				
Berete pravidelně léky?			Ano	Ne
Jestliže ano, uveďte podrobnosti:				
Byl jste v kontaktu se zdravotní péčí? Jestliže ano, prosíme o kopii zprávy.			Ano	Ne

Jméno a příjmení:	Datum: (RRRR-MM-DD)	Podpis:
-------------------	---------------------	---------