

**ZAPOTRZEBOWANIE NA CZYNNIK KRZEPNIĘCIA**

**DLA PACJENTA Z UKRAINY**

**(obywatel Ukrainy, który przekroczył granicę polsko-ukraińską od 24.02.2022r.)**

Pacjent, który dostał się na terytorium RP bezpośrednio z terytorium Ukrainy

**Imię i nazwisko pacjenta**……………………………………………………………………………………….

*(wypełnić drukowanymi literami)*

**Rodzaj skazy krwotocznej** ……………………………………………………………………..………………

**Płeć\*:** □Kobieta □ Mężczyzna **Masa ciała:** ………..(kg) **data urodzenia** ……………….

**Typ czynnika:** …………………………………………………………………………………………………….

**Wskazanie do podania:** …………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

*(Pieczątka/dane świadczeniodawcy)*  *(Pieczątka/dane lekarza)*

Data wystawienia zapotrzebowania ……………………………………

Do zapotrzebowania w miarę możliwości proszę dołączyć kopię zaświadczenia wystawionego przez Straż Graniczną RP lub odcisk stempla Straży Granicznej RP w dokumencie podróży, potwierdzające jej legalny pobyt na terytorium RP, po przekroczeniu granicy od 24 lutego 2022 r. w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy. Rekomendacja Rady Programu – na stronie nr 2.

\*Zaznaczyć właściwe

**Wypełnia RCKiK**

Data wydania ………………………………………..

Rodzaj wydanego czynnika………………………………………………………

Numer umowy wydanego czynnika……………………………………………..

Numer serii………………………………………… data ważności …………………………………………..

Dawka w opakowaniu……………………………………………………………………………………………

Liczba wydanych opakowań ……………………………………………………………………………………

Cena za jednostkę ……………………….. iloczyn (dawka x liczba op. x cena/jedn) …………………….

………………………………………………….. ……………………………………….

*(podpis i pieczątka osoby wydającej) (podpis osoby odbierającej)*

