Pieczątka Placówki zgłaszającej

DANE CHOREGO NA HEMOFILIĘ LUB INNĄ SKAZĘ KRWOTOCZNĄ

Imię i nazwisko ………………………..…………………………………………………………………

PESEL ……………………………………………………………………………………………………

Imię ojca ……………………………………….Imię matki ……………………………………………

Grupa krwi ……………………………… ciężar ciała ………………………………………………...

Adres do

Korespondencji…………………………………………………………………………………………..

(ulica, kod, miejscowość)

Adres stałego

Zameldowania..…………………………………………………………………………………………..

(ulica, kod, miejscowość)

Telefon domowy lub komórkowy ………………………………………………………………………..

Rodzaj skazy. ………………….......................Poziom czynnika krzepnięcia…………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

Obecność krążącego antykoagulantu – tak\* , nie\* Ilość jednostek Bethesda ………………………….

Data badania krążącego antykoagulantu …………………………………………………………………

Placówka lecząca:

Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie (podać rok ostatniej wizyty)……………………..

Poradnia Hematologiczna Dla Dzieci (podać datę ostatniej wizyty)…………………………………….

Poradnia Hematologiczna Dla Dorosłych (podać datę ostatniej wizyty) ………………………………..

Podać nazwę i adres innej Placówki Służby Zdrowia oraz datę ostatniej wizyty ……………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Leczenie domowe – tak\* , nie\* Leczenie ambulatoryjne – tak\* , nie\*

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego ………………………………………………………………….

pieczątka, podpis

Zgodnie z art.24 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych do bazy M.Z., jak również bazy danych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku. Każda osoba ma prawo wglądu do swoich danych i ich poprawienia.

\* niewłaściwe skreślić

…………………………………. ……………………………

Data Czytelny podpis pacjenta lub prawnych opiekunów