
szpital

oddział

nr ks. gł. pacjenta

KARTA AUTOTRANSFUZJI

nazwisko

data urodzenia

adres

grupa krwi

przewidywana data zabiegu

rozpoznanie i rodzaj planowanego zabiegu

Kwalifikacja do zabiegów autotransfuzji

rodzaj donacji

objętość

liczba planowanych donacji

częstość donacji

uwagi

podpis lekarza kwalifikującego

Wyrażam zgodę na zabieg autotransfuzji. Zostałem poinformowany o sposobie przeprowadzenia zabiegu i możliwych powikłaniach.

data

podpis