

ŽÁDOST O VYHLEDÁNÍ NEPŘÍBUZNÉHO DÁRCE

Pacient:

Příjmení:		PŘEDBĚŽNÁ <input type="checkbox"/> Datum:		
		FORMÁLNÍ <input type="checkbox"/> Datum:		
Jméno:		Rodné číslo:	ID (vyplní registr):	
Diagnóza (+kód):		Datum narození:	Váha:	
Datum dg.:	Pojišťovna:	CMV: Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> UNK <input type="checkbox"/>	ABO	
Vyhledávání pupečníků (CBU) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				
HLA I. tř.	A*	B*	Cw*	
HLA II. tř.	DRB1*	DRB3*	DRB4*	DRB5*
	DQA1*	DQB1*	DPA1*	DPB1*
Protokol o výsledku lab. zkoušek č.				
Poznámka				

Žádající pracoviště:	
Adresa:	
Jméno lékaře:	
Tel./Fax:	E-mail:
Podpis:	Datum: