

 Załącznik nr 3

 ­

 Warszawa, 2017 r.

 D/ /2017

Nazwa i adres

ośrodka poszukującego)

Zlecenie realizacji wniosku o przeszukanie rejestrów

 i dobór niespokrewnionego dawcy szpiku

Zgodnie z umową/ aneksem Nr ......................... z dnia ........................ prosimy o rozpoczęcie procedury poszukiwania i doboru niespokrewnionego dawcy szpiku dla chorego ..........................................................................................................................

W załączeniu kopia wniosku, wyników typowania genetycznego pacjenta i jego rodziny oraz pozostałych dokumentów dotyczących pacjenta otrzymanych z Ośrodka Transplantacyjnego.

Zgodnie z Zasadami Doboru Niespokrewnionych Dawców Szpiku prosimy o informację o efektach poszukiwań i szansach na dobór dawcy o ile po 6-ciu miesiącach od otrzymania zlecenia procedura doboru nie zostanie zakończona