

 Załącznik nr 3

 ­

 Warszawa, 2017 r.

 D/ /2017

Nazwa i adres

ośrodka poszukującego)

Zlecenie realizacji wniosku o poszukiwanie

 i dobór haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych

Zgodnie z umową/ aneksem Nr ......................... z dnia ........................ prosimy o rozpoczęcie procedury poszukiwania i doboru haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych dla chorego ..........................................................................................................................

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

Prosimy o informację o efektach poszukiwań i szansach na dobór dawcy o ile po dwóch miesiącach od otrzymania zlecenia procedura doboru nie zostanie zakończona.