…………………………………. Data

Pieczątka Ośrodka Transplantacyjnego

**OŚWIADCZENIE O WYNIKU DOBORU**

* **NIESPOKREWNIONEGO**
* **HAPLOIDENTYCZNEGO**

 **DAWCY KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH**

Informuję, że spośród potencjalnych dawców: ………………………………………………

……………………………………………………………………….………………….…………

……………………………………………………………………….………………….…………

zaproponowanych dla chorego zakwalifikowanego do przeszczepienia allogenicznego komórek krwiotwórczych: ………..…………………………………………………………….

* został zaakceptowany do wykonania przeszczepu

dawca(y) ………………………… stopień pokrewieństwa *(jeśli dotyczy)* …………..….…….

……………………………………………………………………….………………………….…

* żaden nie został zaakceptowany do wykonania przeszczepu;

(proszę podać przyczynę) ………………..……………………….…………..………………..

……………………………………………………………………….………………………….…

……………………………………………………………………….………………………….…

Tym samym **procedurę doboru dawcy uważamy za zakończoną.**

Proponowany termin transplantacji: ……………………..……………..

Podpis Kierownika Kliniki