…………………………………. Data

Pieczątka Ośrodka Transplantacyjnego

**OŚWIADCZENIE O WYNIKU PROCEDURY POSZUKIWANIA I DOBORU**

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

**DAWCY KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH**

dla ..………..…………………………………………………………….

*imię i nazwisko oraz PESEL osoby zakwalifikowanej do przeszczepienia*

*allogenicznego komórek krwiotwórczych*

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

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

*numery GRID dawców niespokrewnionych i/lub PESEL dawców haploidentycznych rozważanych w toku procedury*

zaproponowano do przeszczepienia allogenicznego komórek krwiotwórczych dawców:

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

*numery GRID dawców niespokrewnionych i/lub PESEL dawców haploidentycznych zaproponowanych*

*jako potencjalni dawcy komórek krwiotwórczych spośród rozważanych dawców*

* **został zaakceptowany** do wykonania przeszczepu

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

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

*numery GRID dawców niespokrewnionych i/lub PESEL i stopień pokrewieństwa dawców haploidentycznych zaakceptowanych*

*przez ośrodek transplantacyjnemu do pobrania komórek krwiotwórczych i przeszczepienia u biorcy*

* **żaden nie został zaakceptowany** do wykonania przeszczepu;

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

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

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

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

*Imię, nazwisko i podpis  
Kierownika Kliniki/Oddziału*