

ZAPOTRZEBOWANIE NA CZYNNIK KRZEPNIĘCIA DLA PACJENTA Z UKRAINY

(obywatel Ukrainy, który przekroczył granicę polsko-ukraińską od 24.02.2022r.)
Pacjent, który dostał się na terytorium RP bezpośrednio z terytorium Ukrainy

Imię i nazwisko pacjenta.....
(wypełnić drukowanymi literami)

Rodzaj skazy krwotocznej

Płeć*: Kobieta Mężczyzna Masa ciała: (kg) data urodzenia

Typ czynnika:

Wskazanie do podania:

--	--

(Pieczęć/dane świadczeniodawcy)

(Pieczęć/dane lekarza)

Data wystawienia zapotrzebowania

Do zapotrzebowania w **miarę możliwości** proszę dołączyć kopię zaświadczenia wystawionego przez Straż Graniczną RP lub odcisk stempla Straży Granicznej RP w dokumencie podróży, potwierdzające jej legalny pobyt na terytorium RP, po przekroczeniu granicy od 24 lutego 2022 r. w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy. Rekomendacja Rady Programu – na stronie nr 2.

*Zaznaczyć właściwe

Wypełnia RCKiK

Data wydania

Rodzaj wydanego czynnika.....

Numer umowy wydanego czynnika.....

Numer serii..... data ważności

Dawka w opakowaniu.....

Liczba wydanych opakowań

Cena za jednostkę iloczyn (dawka x liczba op. x cena/jedn)

.....
(podpis i pieczęć osoby wydającej)