



Centrum Medyczne Luxmed Sp. z o.o.

Koncertowa 4D

20-866 Lublin

HPA-1, konflikt płytkowy, badanie przesiewowe

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY

Wyrażam zgodę na wykonanie badań antygeny HPA-1a płytek krwi metodami serologicznymi i genetycznymi.

W przypadku, gdy badania wykażą, że jestem HPA-1a ujemna, zobowiązuję się do zgłoszenia do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii na dalsze badania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do wyżej wymienionych celów, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz.926 z

Prosimy wypełnić drukowanymi literami!

Nazwisko i imię:	
PESEL:	
Adres:	
telefon kontaktowy	

Pieczętka punktu pobierającego

Miejsce na kod kreskowy

Grupa krwi ciężarnej

ABO, Rh, Kell:

Grupa krwi ojca dziecka

ABO, Rh, Kell:

Która ciąża:

Który tydzień ciąży:

Termin porodu:

data ostatniej miesiączki:

Czy wykryto przeciwciała w poprzedniej ciąży:

nie

tak/jakie?

Czy u poprzedniego dziecka wystąpiła:

małopłytkowość

choroba hemolityczna

inna choroba

dziecko zdrowe

Czy wykryto przeciwciała w obecnej ciąży:

nie

tak/jakie?

Dane lekarza prowadzącego ciążę/telefon:

.....
.....

Poród planuję w szpitalu:

.....
.....

Podpis osoby odbierającej zgodę

Podpis pacjentki

Data i godzina pobrania

Osoba pobierająca