



Centralny Rejestr

Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej

Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa

tel. (22) 627-07-48 fax (22) 621-72-82

email: rejestr@szpik.info

www.poltransplant.org.pl

**KARTA POTENCJALNEGO
DAWCY SZPIKU**

| |
|------------------------|
| ID |
| <input type="text"/> |
| wypełnia POLTRANSPLANT |

| | | |
|---------|---|----------------|
| Imię | Nazwisko | PESEL |
| Adres | Województwo | Data urodzenia |
| Telefon | Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna | Rok umowy |

wyniki typowania HLA

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Klasa I wyniki typowania serologicznego | A | B | C |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Klasa I wyniki typowania genetycznego | A* | B* | C* |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Klasa II wyniki typowania genetycznego | DRB1* | DQB1* | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

pieczętko zakładu:

data wypełnienia karty:

podpis osoby wypełniającej kartę: