

.....
Data

**OŚWIADCZENIE O WYNIKU DOBORU
NIESPOKREWNIONEGO
HAPLOIDENTYCZNEGO
DAWCY KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH**

Informuję, że spośród potencjalnych dawców:

.....

.....

zapropnowanych 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;

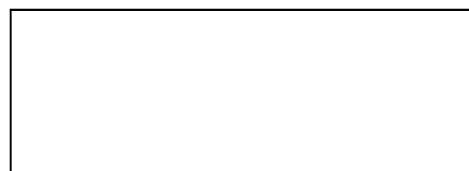
(proszę podać przyczynę)

.....

.....

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

Proponowany termin transplantacji:



Podpis Kierownika Kliniki