**Skierowanie na zabieg aferezy terapeutycznej do RCKiK w Białymstoku**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jednostka kierująca**  | (Pieczątka nagłówkowa Oddziału) |

**Dane pacjenta**

Imię i Nazwisko: ………………………………………………………………………… PESEL: ..……………………………………………….

Grupa krwi pacjenta: …………………………………………….. Masa ciała: ………… Wzrost: ………….. Wiek: ……………

**Wskazanie do zabiegu** (Choroba zasadnicza): …..……………………………………………………………………………………..

**Wyniki analiz laboratoryjnych**

Morfologia krwi obwodowej: WBC ………….. RBC ……………. HGB ……………. HCT ……………. PLT ………………

Parametry uk. krzepnięcia: APTT ……………. INR …………… fibrynogen ……………….

Białko całkowite: …………………………….. Elektrolity: Na ……….. K ………… Ca ………… Mg …………

**Badanie w kierunku infekcji SARS-CoV-2\*: 🞎** ujemne   **🞎** dodatnie

**Rodzaj zabiegu\*:**

**🞎 Plazmafereza, Objętość wymiany: ……………………………….,**

**🞎 Erytrafereza, HCT docelowy: ……………………………………….,**

**🞎 Leukafereza, Leukogram: …………….…………………………….,**

**🞎 Kwioupust, Objętość: ……………………………………………….**

**Kompensacja zabiegu\*: 🞎 FFP: ………………… 🞎 Albumina: ……………….. 🞎 0,9% NaCl: …………..………..**

Przewidywany termin/y zabiegu: ……………………………………………………………………………………………………………..

**Prosimy o nawodnienie pacjenta oraz wyrównanie zaburzeń elektrolitowych przed zabiegiem !**

**Zabiegowi nie mogą być poddawani chorzy gorączkujący (wysokie ryzyko hemolizy) !**

**……………………………… ………………………………………………………………………………………………**

 **Data Podpis i pieczęć lekarza zlecającego zabieg**

**\* proszę zaznaczyć właściwy**