

.....
pieczęć jednostki medycznej

KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA

Imię	Nazwisko	PESEL
Wiek		Płeć
Rozpoznanie:		
Rodzaj zabiegu:		
Przeciwwskazania		
Choroby nowotworowe oraz radioterapia lub chemioterapia w czasie ostatnich dwóch lat	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Choroby krwi (małopłytkowość)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Choroby metaboliczne (cukrzyca)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Choroby metaboliczne (otyłość)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Choroby psychiczne uniemożliwiające współpracę z lekarzem	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Aktywne infekcje (aktualnie poddawane terapii antybiotykowej lub przeciwbakteryjnej)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoby podlegające terapii sterydowej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Dodatni wynik któregośkolwiek z przeprowadzonych badań serologicznych krwi	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Pacjent kwalifikuje się do zabiegu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Pacjent otrzymał formularz informacyjny dotyczący terapii autologicznymi mezenchymalnymi komórkami macierzystymi	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Pacjent otrzymał formularz informacyjny dotyczący operacji, znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu i opieki pooperacyjnej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

.....
data

.....
podpis i pieczętka lekarza kwalifikującego do zabiegu