

Ankieta 10.3 Informacje dotyczące donacji dodatniej RNA HIV lub/i anty-HIV lub TP dodatniej

Informacje dotyczące donacji dodatniej RNA HIV lub/i anty-TP dodatniej

Adres: .....

Wiek: ..... Płeć: .....

Pierwszorazowy  Wielokrotny

Daty i numery donacji dodatniej i wcześniejszych i informacja, które preparaty zostały przetoczone:

Donacja RNA HIV dodatnia: data .....

Donacje poprzednie:

data ..... Przetoczone składniki .....

data ..... Przetoczony preparat .....

.....

.....

.....

.....

Dane z wywiadu dotyczące ewentualnych źródeł zakażenia się dawcy:

.....

.....

Podpis lekarza: .....