

.....  
pieczętka szpitala lub poradni

.....  
data

**Skierowanie na zabieg autotransfuzji przedoperacyjnej  
do RCKiK w Kielcach / Oddziału Terenowego w .....**

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL

Adres ..... tel.....

Przewidywana data zabiegu .....

Zabieg będzie wykonany w .....  
placówka lecznicza oddział

Rodzaj planowanego zabiegu\* .....

Ilość zamawianych jednostek krwi pełnej \*\* .....

Rozpoznanie .....

Choroby towarzyszące .....

Zażywane leki .....

Czy pacjent otrzymuje preparaty żelaza? TAK  NIE

.....  
Podpis i pieczętka lekarza kierującego

\*Przedoperacyjne pobranie krwi chorego (autotransfuzja przedoperacyjna) powinno być stosowane u chorych, u których prawdopodobieństwo konieczności przetoczenia składników krwi wynosi >90%

\*\*Jednocześnie ze skierowaniem na zabieg autotransfuzji do RCKiK w Kielcach należy złożyć zapotrzebowanie na krew autologiczną pacjenta

---

**Informacja dla pacjenta:**

Do oddawania krwi należy zgłosić się

1. z dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości ze zdjęciem i numerem PESEL
2. po lekkim posiłku
3. w godzinach:
  - Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach, ul. Jagiellońska 66, pon-pt w godz. 7:00 – 14:00 ( w środy do 16:30)
  - Oddział Terenowy w Końskich, ul. Gimnazjalna 41B, pon-pt w godz. 8:00 – 11:00
  - Oddział Terenowy w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Szymanowskiego 11, pon-pt w godz. 7:00 – 10:30
  - Oddział Terenowy w Sandomierzu, ul. Schinzla 13, pon-pt w godz. 7:30 – 11:30
  - Oddział Terenowy w Skarżysku – Kamiennej, ul. Szpitalna 1, pon-pt w godz. 7:00 – 12:00