

Załącznik nr 5

WZÓR ZGŁOSZENIA PACJENTA DO DOSTAW DOMOWYCH

Dane ośrodka (*nazwa, adres, telefon*): Data

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta:

Adres dostawy domowej:

Upoważniona osoba/osoby do odbioru dostawy domowej w razie nieobecności chorego:
.....

Skaza krwotoczna (*rodzaj, postać, obecność inhibitora*):
.....

Aktualne leczenie (*preparaty, schemat leczenia, zalecane dawki: profilaktyczne, do leczenia niewielkich krwawień, ilość leku, jaką należy dostarczać pacjentowi w danym cyklu dostaw domowej*):
.....
.....

Cykl dostaw domowych (*co miesiąc, co dwa miesiące, co trzy miesiące*):
.....

Udokumentowane uczulenie na konkretny preparat:
.....

Port, centralny dostęp dożylny ☐ tak ☐ nie

Data ważnego zalecenia zgodnie z kartą postępowania w ośrodku leczenia hemofilii
.....

Nadruk, naklejka lub pieczęć lekarza ośrodka leczenia hemofilii

Załącznik nr 15

Imię, nazwisko, adres pacjenta

.....
.....
.....

Numer telefonu:

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany, wyrażam zgodę na dostawy domowe **koncentratu czynnika krzepnięcia VIII, koncentratu czynnika krzepnięcia IX, koncentratu aktywowanych czynników zespołu protrombiny aPCC, koncentratu czynnika VIII zawierającego czynnik von Willebranda o proporcji VWF:FVIII co najmniej 2:1*** i zobowiązuję się do stosowania się do zaleceń lekarskich.

Pacjent i/lub opiekun prawny pacjenta

.....
(czytelny podpis)

***niepotrzebne skreślić/usunąć**