

Příloha č. 3:

**Tkáňová ústředna - Mléčná banka Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581,
Hradec – Králové 500 05, tel.: 495 833 750, vedoucí Mgr. Miroslava Jandová**

ZÁPIS O DÁRKYNI MATEŘSKÉHO MLÉKA

(vyplňte čitelně, slouží pro další korespondenci)

1. Jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovna, zaměstnání
2. Adresa, vč. PSČ, telefon
3. Zdravotnické zařízení, kde dárkyně porodila – název
4. Datum narození dítěte: Pohlaví: Porodní hmotnost:

Délka při porodu
5. Dítě je plně kojeno: ano – ne
6. Dítě prospívá: ano – ne
7. Ostatní údaje důležité pro dárcovství mléka, např. epidemiologická situace v rodině a blízkém okolí (zda je dárkyně zdravá, zdali užívá nějaké léky vč. hormonální antikoncepce)
8. Výsledky a datum vyšetření na HBsAg, HIV, HCV, syfilis na začátku dárcovství:

- po 6 měsících: - po 12 měsících:
9. Zdravotní stav nevylučuje – vylučuje dárcovství
10. Praktický lékař: Jméno, příjmení, telefon

Dne:-----

Praktický lékař (razítka a podpis)

Tento dokument je vlastnictvím FN HK a jeho šíření mimo organizaci v jakékoliv formě bez souhlasu schvalovatele je zakázáno. Každý zaměstnanec odpovídá za to, že pracuje s platnou verzí dokumentu.

Pořízené kopie jsou pouze informativní!