

מרכז רפואי רבין, המכון לשירותי הדם ולאפרזיס			
שם הנושא: טפסים - בנק הדם		מספר מסמך אב: 302.013	
שם המסמך: אישור הורים			
מספר המסמך: 304.205	מהדורה: 1	תחולה: 18/04/2022	אושר ע"י: ריטה סטויאנוב

אישור הורים

לכבוד
 מרכז רפואי רבין
 המכון לשירותי הדם ולאפרזיס

אני, גב' /מר _____ ת"ז _____

מאשר(ת) שבני/בתי _____ ת"ז _____

שנולד בתאריך _____ / _____ / _____

בריא(ה) ומסכים(ה) שיתרום/תתרום מרכיבי דם באפרזיס בהתנדבות.

ידוע לי שלתרומת מרכיבי דם באפרזיס עלולות להיות תופעות לוואי כגון התעלפות, נימול, בחילה ו/ או שטף דם באזור הדקירה בשכיחות נמוכה כמפורט בדף מידע וב"טופס הסכמה מדעת לביצוע פעולת אפרזיס" שאותם קראתי.

תאריך: _____

חתימה: _____