



**REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu**

50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Centrala: tel.: 71 371 58 10. fax: 71 328 17 13

Sekretariat: tel.: 71 371 58 12

Dział Zapewnienia Jakości

Załącznik nr 2 do SOP Nr 03/200/DZJ

PROTOKÓŁ WYJAŚNIENIA WSTRZYMANEJ DONACJI

Data wyjaśnienia:

Dotyczy:

Nr donacji:

Data donacji:

Wyjaśnienie:

.....

Decyzja:

Zwolnienie donacji:

Zniszczenie donacji:

Data i podpis lekarza kwalifikującego dawcę do oddania krwi:

.....

Data i podpis Osoby Wykwalifikowanej:

.....



**REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu**

50-345 WROCLAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Centrala: tel.: 71 371 58 10. fax: 71 328 17 13

Sekretariat: tel.: 71 371 58 12

Dział Zapewnienia Jakości

Załącznik nr 1 do SOP Nr 03/200/DZJ

**PROTOKÓŁ ZGŁOSZENIA DONACJI DO DZIAŁU ZAPEWNIENIA JAKOŚCI
RCKiK WE WROCLAWIU**

Data zgłoszenia:

Pracownia zgłaszająca:

W celu konieczności:

- Zniszczenia
- Zatrzymania do wyjaśnienia

Dotyczy:

Składników krwi:

Nr donacji:

Data donacji:

Powód zgłoszenia:

.....

.....

.....

Data i podpis osoby
zgłaszającej

Data i podpis
Osoby Wykwalifikowanej

.....

.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji donacji:

.....

.....

.....

Data i podpis
Osoby Wykwalifikowanej

.....



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

im. prof. dr hab. Tadeusza Dobróbisza we Wrocławiu

50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9



ZAŚWIADCZENIE

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu zaświadcza,

że Pan(i)

oddatk(a) krew w dniu

Podstawa prawna:

RCKiK informuje, że na podstawie §12 oraz §16 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawniania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy (Dz. U. z 1996 r. nr 60, pozycja. 281) wydane w związku z art. 298¹ kodeksu pracy oraz na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 1997 r. nr 106, pozycja. 681 z późn. zm.), pracodawca jest obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą na czas oznaczony przez stację krwiodawstwa w celu oddania krwi, a za czas zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Zaswiadczenie stanowi dowód na oddanie krwi przez w/w osobę i jest ważne tylko z pieczętką Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu.

.....
Podpis osoby upoważnionej



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9



ZAŚWIADCZENIE

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu zaświadcza,

że Pan(i) od godz. do godz.
przeprowadził(a) zlecone badania w dniu

Podstawa prawna:

W/w przysługuje zwolnienie od pracy na czas oznaczony przez Regionalne Centrum. Za czas zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia ustalonego w sposób określony w przepisach §12 oraz §16 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy (Dz. U. z 1996 r. nr 60, pozycja. 281) wydanego w związku z art. 298^o kodeksu pracy oraz na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 1997 r. nr 106, pozycja. 681 z późn. zm.).

Zaświadczenie stanowi dowód na oddanie krwi przez w/w osobę i jest ważne tylko z pieczętką Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu.

.....
Podpis osoby upoważnionej



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
50-345 WROCLAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Pięczęć

ZAŚWIADCZENIE

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu zaświadcza,

że Pan(i).....

syn(córka) urodzony(a) dn. w

oddatk(a) honorowo ml krwi,.....

.....

.....

.....
Poddpis osoby upoważnionej

Nr donacji

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA IM. PROF. DR HAB. T. DOROBISZA WE WROCŁAWIU

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW

Data Terenowy Oddział

Wypełnia RCKiK

Imię i nazwisko:		PESEL:	
Data i miejsce urodzenia:*		Imię ojca:*	Imię matki:*
Zameldowanie na stałe**		Nr telefonu**	
Adres do korespondencji**		E-mail**	
* Wypełnić tylko u dawcy pierwszorazowego ** Wypełnić tylko w przypadku zmiany			

Upewnij się, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), zawiadomić o tej zmianie Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w miejscu oddania.

Informacja o chorobach zakaźnych dla krwiodawców. O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi.

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażony kłdą, AIDS (HIV), zółtaczką zakaźną B lub C. Jeżeli test wypadnie dodatnio, nie zostanie przetoczona. Jednak przy każdej infekcji pomiędzy momentem zakażenia i chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie jej drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie w żadnym przypadku **nie wolno oddawać krwi**, ponieważ może ona być źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne. Nie oddawaj krwi przy ryzyku zakażenia HIV lub zółtaczkę zakaźną B lub C, **a ryzyko stwarzają:**

1. Kontakty seksualne z nieznanym partnerem/partnerką lub którego znasz od niedawna.
2. Kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami.
3. Wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
4. Kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki w postaci zastrzyków.
5. Kontakty seksualne w celu zarobkowym.
6. Kontakty seksualne z osobami, u których testy w kierunku AIDS (HIV), kłdy lub zółtaczkę zakaźną B lub C wypadły dodatnio.
7. Nadużywanie alkoholu, stosowanie substancji psychoaktywnych.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania w Twoją sferę prywatną. Jednak niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia drogą krwi można zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą dokładnie przemyślisz opisane tu sytuacje i ucczowie odpowiesz na postawione pytania. Twoje dane będą traktowane poufnie. Przy pozytywnych wynikach badań (wskazujących na zakażenie) zostaniesz wezwany pocztą lub telefonicznie i poinformowany przez lekarza.

Informujemy, że w trosce o bezpieczeństwo pacjenta, można oddać krew lub jej składniki wyczołac wrzucając po oddaniu do wyznaczonych skrzynek wypchniony formularz znajdujący się obok skrzynki.

WYPEŁNIA KRWIODAWCA / KANDYDAT NA KRWIODAWCĘ

Ważniejsze
zakreślić

Tak Nie

Upewnijcie prosimy wypełnić osobście, długopisem. Dziękujemy za współpracę.

1. a) Czy przeczytała i zrozumiała Pan/Pani znajdującą się na poprzedniej stronie "Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców" ?
 b) Czy była Pan/Pani narazony na ryzyko zakażenia w ciągu ostatnich 6 miesięcy (patrz informacja) ?
 2. a) Czy kiedykolwiek przechodziła Pan/Pani zółtaczkę zakaźną (WZW)? Jeżeli tak, kiedy ?
 b) Czy kiedykolwiek badania w kierunku zółtaczki B (WZW B) lub zółtaczki C (WZW C) wypadły u Pana/Pani dodatnio ?
 3. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził zółtaczkę ?
 4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym ? (w tym kontakt w warunkach domowych z chorym lub nosicielem zółtaczki)

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

21. Czy wykonuje Pan/Pani niezbępną pracę lub ma niezbępczne hobby ?

TAK NIE

20. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu ?

TAK NIE

19. Czy stosuje Pan/Pani dietę wegetariańską lub odchudzającą ?

TAK NIE

18. Czy przebywa Pan/Pani na rencie chorobowej ? Jeżeli tak, to z jakiego powodu ?

TAK NIE

17. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi ?

TAK NIE

16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywała Pan/Pani w areszcie lub więzieniu ?

TAK NIE

Jeżeli tak, kiedy ?

15. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorowała Pan/Pani

TAK NIE

14. Czy leczył się Pan/Pani w szpitalu? Jeżeli tak, kiedy i z jakiego powodu ?

TAK NIE

Jeżeli tak, kiedy ?

□ choroby układowe (np. kolagenozy)

□ borelioza, □ choroby tarczycy, □ zapalenie szpiku, □ choroby psychiczne,

□ nowotwór, □ gruźlica, □ kila, □ rzeżączka, □ mononukleozą zakaźną, □ toksoplazmoza, □ brucelloza,

□ choroby przewodu pokarmowego, □ choroby płuc, □ choroby nerek, □ choroby nerwowe, □ padaczka,

□ cukrzyca, □ choroby krwi, □ przedłużone krwawienia, □ choroby naczyń krwionośnych,

b) □ choroby skóry, □ łuszczycy, □ wyszczyca, □ wypryski/wysypka, □ uczulenia, □ katar sienny, □ astma

□ duszność, □ udar mózgu, □ nawracające omdlenia, □ gorączka reumatyczna

13. Czy choruje Pan/Pani bądź chorowała na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie

odczuwała niżej wymienione dolegliwości ?

12. Czy zauważyła Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) □ nieuzasadniony spadek ciężaru ciała,

b) □ nieuzasadnioną gorączkę, c) □ powiększenie węzłów chłonnych ?

11. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodziła Pan/Pani szczepienia ?

10. Czy w ciągu ostatnich 2 miesięcy była Pan/i ukłuta przez kleszcza ?

9. d) Czy kiedykolwiek stosowała Pan/Pani leki domięśniowe lub dożylne nie przepisane przez lekarza ?

c) Czy w ciągu ostatnich 5 dni przyjmowała Pan/Pani piroxicam (Felden), aspirynę (kwas acetylosalicy-

trazdikowi, np. Roaccutan®, tysienu, np. Propecia®, jeżeli tak to jakie ?

b) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zażywane były leki przeciw: przerosłowi prostaty, np. Proscar®,

Jeżeli tak, to jakie ?

9. a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmowała Pan/Pani lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki) ?

miała gorączkę powyżej 38°C lub biegunkę ?

8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorowała Pan/Pani lub pozostawała pod opieką lekarza albo

7. Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pan/Pani jakies zabiegi stomatologiczne ?

6. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a ?

5. Czy już oddawała Pan/Pani krew ? Jeżeli tak, to w którym roku ostatnio ?

..... Data Podpis kwiśdawy

Imię i nazwisko Data urodzenia Pesel

W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań zaobowiązuję się do niezwłocznego zgłoszenia się do Centrum Kwiśdawstwa. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo trzycykrotnego zawiadomienia wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane, Centrum Kwiśdawstwa nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wyników z tego faktu.

Wymagam zgodę na zabieg pobrania: krwi pełnej osocza metodą plazmaferezy automatycznej płytek krwi metodą trombarezy automatycznej leukocytów metodą leukaferezy automatycznej erytroferezy automatycznej oraz pobranie i przechowywanie próbek krwi, a także wykorzystanie krwi w celach naukowych i diagnostycznych.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o rodzaju i istocie zabiegu, jego częstotliwości, ewentualnych możliwych powikłaniach, rodzaju badań, jakie zostaną przeprowadzone z mojej krwi oraz o tym, że w przypadku nieprawidłowych wyników moje dane zostaną umieszczone w rejestrze dawców z dyskwalfikowanych oraz zostaną o tym fakcie powiadomione odpowiednio instytucje (sanepid, inne placówki służby krwi).

W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od zakończenia donacji jakichkolwiek objawów chorobowych zobowiązuję się do telefonicznego poinformowania lekarza w kwiśdawstwie.

Potwierdzam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebiegłych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Uwazam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.

Wymagam zgodę, aby zgodnie z art. 2 i 19 Ustawy o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1999 r. (Dz. U. nr 106, poz. 68 z późn. zmianami) pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane: do podmiotów leczniczych z przeznaczeniem na cele kliniczne; do wytwórni farmaceutycznych jako surowiec do wytwarzania leków.

Wymagam zgodę na umieszczenie moich danych w zbiorze danych osobowych publicznej służby krwi, ich przetwarzanie oraz kontaktowanie się ze mną drogą telefoniczną i elektroniczną.

Jestem świadomy/a, że na podstawie Art. 32 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 886) przysługuję mi prawo do uzyskania informacji dotyczących danych osobowych oraz kontroli w zakresie ich przetwarzania.

Oświadczenie kwiśdawy

37. Czy w latach 1965 - 1985 otrzymywała Pani zasztyki hormonów w celu leczenia niepłodności? TAK NIE

36. Data ostatniej miesiączki (pierwszy dzień)

35. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu:

TAK NIE

TYLKO DLA KOBIET

34. Czy chorowała Pan/Pani na gorączkę zachodniego Nilu lub gorączkę Q? TAK NIE

33. Czy chorowała Pan/Pani na: malarie lub inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, kiedy i jakie?

TAK NIE

32. Czy mieszkala Pan/Pani lub przebywała czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych?

TAK NIE

31. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywała Pan/Pani poza granicami Polski?

TAK NIE

30. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpiał na chorobę Creutzfelda - Jacoba (gąbczaste zwyrodnienie mózgu) lub demencję (wczesne lub szybko postępujące otępienie)?

TAK NIE

29. Czy kiedykolwiek otrzymała Pan/Pani hormon wzrostu?

TAK NIE

28. Czy kiedykolwiek była Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)?

TAK NIE

27. Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywała Pan/Pani łącznie przez 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji, Irlandii lub kiedykolwiek przeszła Pan/Pani w wymienionych krajach operację?

TAK NIE

26. Czy kiedykolwiek otrzymała Pan/Pani produkty z osocza np. czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny?

TAK NIE

25. Czy kiedykolwiek otrzymała Pan/Pani transfuzję krwi lub jej składników?

TAK NIE

24. Czy brała Pan/Pani udział w rytuale "braterswa krwi"

TAK NIE

23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miała Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi ludzką krwią?

TAK NIE

22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani:

TAK NIE

Jeżeli tak, kiedy?

makiaż permanentny-twały, liposukcja, zabieg endoskopowy, gastroskopia, kolonoskopia, tataż, akupunktura, depilacja kosmetyczna, przekucie uszu lub innych części ciała, biopsja, artroskopia, laparoscopia, bronchoskopia, inne badanie diagnostyczne?

**KWALIFIKACJA DAWCY / KANDYDATA NA DAWCĘ
WYPEŁNIA LEKARZ**

Uwagi dotyczące stanu zdrowia:

**KWALIFIKACJA / DYSKWALIFIKACJA
Kwalifikuje się do oddania krwi lub jej składników**

TAK

NIE

Rodzaj donacji

Powód dyskwalifikacji

Dyskwalifikacja czasowa do dnia

Dyskwalifikacja stała*

Data, pieczęć i podpis lekarza

* podkreślić

Data

Pieczęć i podpis osoby weryfikującej kwestionariusz

Adnotacje:



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9
Centrala: tel.: 71 371 58 10, fax: 71 328 17 13 Sekretariat: tel.: 71 371 58 12

**POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA SIĘ
W REGIONALNYM CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
WE WROCŁAWIU**

Pan(i)

zamieszkały(a)

Do wypłaty

Wrocław, dn.

podpis



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9



ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam się, że Pan(i)

oddak(a)

dla chorego

do

Zaświadczenie jest ważne tylko z pieczętką
Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu.

Wrocław, dn.....

.....
Podpis osoby upoważnionej

DH

Pobrać cm³ krwi

Dnia

.....
Podpis lekarza

DH

DPT

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobiszsa we Wrocławiu
 50-345 WROCLAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9
 Centrala: tel.: 71 371 58 10, fax: 71 328 17 13
 Sekretariat: tel.: 71 371 58 12



.....
 EKIPA / OT

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA POBRANEJ KRWI PEŁNEJ
DO DZIAŁU PREPARATYKI w dniu

Lp.	Numer donacji	Uwagi (przekroczony czas pobrania, niepełna donacja, skrzep)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Godzina zapakowania	Temperatura początkowa	Czytelny podpis osoby przekazującej krew	Godzina odbioru	Temperatura przy odbiorze	nr termometru	Czytelny podpis osoby przyjmującej krew
---------------------	------------------------	--	-----------------	---------------------------	---------------	---