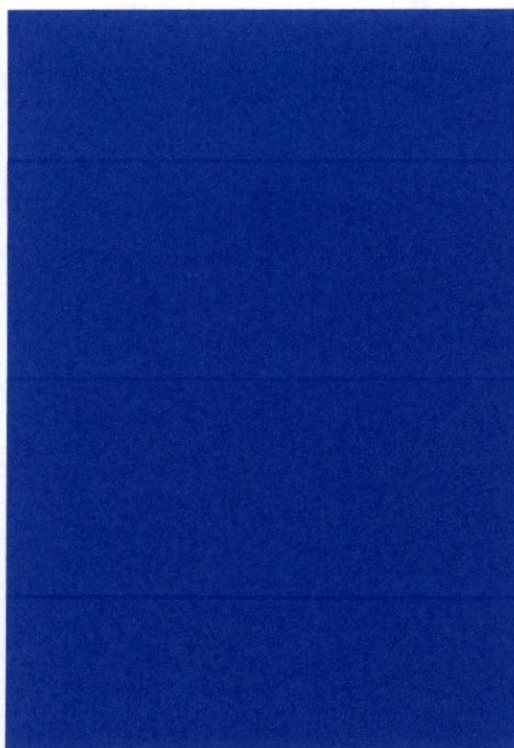
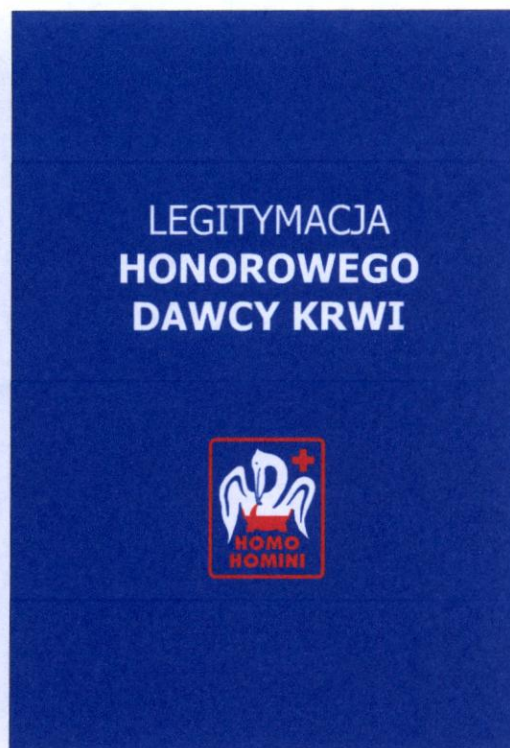


okładka 4 s.



okładka 1 s.



**KREW
DAREM
ŻYCIA**

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

50-345 Wrocław
ul. Czerwonego Krzyża 5/9

www.rckik.wroclaw.pl
www.facebook.com/rckikwroclaw
e-mail: centrum@rckik.wroclaw.pl

Formularz nr 9 do SOP nr 03/170/REJ.

NASZE ADRESY:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
ul. Czerwonego Krzyża 5-9
50-345 Wrocław
tel. 71 371 58 10
e-mail: centrum@rckik.wroclaw.pl

Terenowe oddziały:

T. O. Głogów
ul. Kościuszki 15
67-200 Głogów
tel. 76 831 45 48

T. O. Legnica
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Iwaszkiewicza 5
59-220 Legnica
tel. 076 721 16 88

T. O. Lubin
ul. Bema 5
59-300 Lubin
tel. 76 746 88 70

okładka 2 s.

okładka 3 s.

środek s. 4-16

Ilość oddanej krwi _____	Ilość oddanej krwi _____
Data pobrania _____	Data pobrania _____
m.p. _____	m.p. _____

Ilość oddanej krwi _____	Ilość oddanej krwi _____
Data pobrania _____	Data pobrania _____
m.p. _____	m.p. _____
4	

srodek s. 1

RCKiK w _____

Legitymacja nr _____

Wydana dnia _____

Nazwisko _____

Imię _____

Data urodzenia _____

Adres _____

GRUPA KRWI m.p. _____

Rh _____

_____ Uwagi _____ 1

Zmiany adresu:

1. _____

2. _____

3. _____

Przynależność do Klubu HDK:

1. _____

2. _____

- 2 _____

środek s. 2

Ilość oddanej krwi na podstawie
poprzedniej legitymacji HDK:

_____ ml

Data pierwszego
oddania krwi: _____

Data ostatniego
oddania krwi: _____

wg legitymacji HDK nr _____
wystawionej przez _____

Potwierdzenie _____

Data _____ 3

srodek s. 3

Ilość oddanej krwi	Ilość oddanej krwi
Data pobrania	Data pobrania
m.p.	m.p.
Ilość oddanej krwi	Ilość oddanej krwi
Data pobrania	Data pobrania
m.p.	m.p.

LEGITYMACJA HONOROWEGO DAWCY KRWI



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza
we Wrocławiu,
ul. Czerwonego Krzyża 5/9

*Honorowe krwiodawstwo jest szlachetnym,
bezinteresownym działaniem na rzecz
ratowania zdrowia i życia drugiego człowieka.
Zachęcamy i zapraszamy do ponownego
oddania krwi.*

Formularz nr 8 do SOP nr 03/170/REJ.

RCKiK w _____
Legitymacja nr _____
Wydana dnia _____
Nazwisko _____
Imię _____
Data urodzenia _____
Adres _____

GRUPA KRWI	m.p.
Rh _____	
Uwagi _____	

RODZAJE DONACJI:

- **ODDANIE KRWI PEŁNEJ** - dawca oddaje krew w ilości 450 ml, nie częściej niż 6 razy w roku mężczyźni i 4 razy w roku kobiety; przerwa między oddaniami nie może być krótsza niż 8 tygodni;
- **ODDANIE OSOCZA** - dawca oddaje osocze w odstępach nie krótszych niż 2 tygodnie, jednak nie więcej niż 25 l rocznie;
- **ODDANIE PŁYTEK KRWI** - zabiegi mogą być wykonywane nie częściej niż 12 razy w roku, co 4 tygodnie.

Ilość oddanej krwi	Ilość oddanej krwi
Data pobrania	Data pobrania
m.p.	m.p.

D25



**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

Pracownia Krwi Pełnej

Załącznik nr 1 do SOP nr 10/175/POBÓR

PROTOKÓŁ POBORU KPK NA EKIPIE WYJAZDOWEJ

DO..... W DNIU

POJEMNIKI LOT REF..... T.W.

NUMER DONACJI	Czas trwania donacji	Godzina zakończenia donacji	Operator	Uwagi

PODPISY OSÓB POBIERAJĄCYCH

REZERWACJA KRWI

Data

NAZWISKO I IMIĘ BIORCY

.....

Grupa krwi

Uwagi

Oddział (szpital)

Lekarz

Podpis i pieczęć osoby rezerwującej krew.

Podmiot:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

(pieczęćka jednostki lub komórki organizacyjnej składającej zamówienie) dnia
(miejscowość)

ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI

Nazwisko i imię chorego

PESEL lub data urodzenia

Jeżeli pacjent NN: nr księgi głównej..... , nr księgi oddziałowej.....

lub niepowtarzalny nr identyfikacyjny

Grupa krwi pacjenta

Przeciwciała odpornościowe

Rozpoznanie choroby

Wskazanie do transfuzji

PROSZĘ O WYDANIE

Liczba jednostek lub opakowań

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

Grupa krwi AB0

Rh (słownie)

Fenotyp krwinek czerwonych (jeśli potrzeba)

.....

.....
(data, podpis i pieczęćka lekarza zamawiającego)

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



ZAŚWIADCZENIE DO URZĘDU SKARBOWEGO

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu zaświadcza,

że Pan(i) ur., Pesel

zamieszkały(a)

w okresie od 2013.01.01 do 2013.12.31 oddał(a) honorowo

w sumie litrów krwi lub/i składników krwi.

Wartość ogółem zł.

Słownie:

.....
Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu oświadcza, że przyjęło wyżej wymienioną darowiznę.

.....

pieczętka i podpis osoby upoważnionej przez Dyrektora RCKiK

Szczegółowych informacji na temat odliczeń kwoty darowizny przekazanej na cele krwiodawstwa udziela właściwy Urząd Skarbowy.

D 31

D 33

Formularz nr 2 do SOP nr 3/170/REJ.



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) ml krwi,

oddał(a) honorowo ml krwi,

.....

.....

.....



.....
Podpis osoby upoważnionej

Ilość oddanej krwi

Ilość oddanej krwi

Data pobrania

Data pobrania

m.p.

m.p.

Ilość oddanej krwi

Ilość oddanej krwi

Data pobrania

Data pobrania

m.p.

m.p.

LEGITYMACJA HONOROWEGO DAWCY KRWI



REGIONALNE CENTRUM
KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza
we Wrocławiu,
ul. Czerwonego Krzyża 5/9

*Honorowe krwiodawstwo jest szlachetnym,
bezinteresownym działaniem na rzecz
ratowania zdrowia i życia drugiego człowieka.
Zachęcamy i zapraszamy do ponownego
oddania krwi.*

Formularz nr 8 do SOP nr 03/170/REJ.

RODZAJE DONACJI:

- **ODDANIE KRWI PEŁNEJ** - dawca oddaje krew w ilości 450 ml, nie częściej niż 6 razy w roku mężczyźni i 4 razy w roku kobiety; przerwa między oddaniami nie może być krótsza niż 8 tygodni;
- **ODDANIE OSOCZA** - dawca oddaje osocze w odstępach nie krótszych niż 2 tygodnie, jednak nie więcej niż 25 l rocznie;
- **ODDANIE PŁYTEK KRWI** - zabiegi mogą być wykonywane nie częściej niż 12 razy w roku, co 4 tygodnie.

Ilość oddanej krwi

Ilość oddanej krwi

Data pobrania

Data pobrania

m.p.

m.p.

Załącznik nr 1 do SOP nr 18/185/EKSP

Przekazanie składników krwi z Działu Ekspedycji Krwi do Pracowni Preparatów Citowych

Data:

Proszę o wykonanie: Filtrowanie, przemywanie, napromieniowanie, podział ml, inne

Dla KKCz, KKP, FFP nr donacji

.....

.....

Przeznaczone: dla pacjenta/szpital:

Przekazał:

Odebrał:

PAPIER SAMOKOPIUJĄCY

RCKiK Wrocław
Dział zapewnienia jakości
Nadzór nad odchyleniami

Pracownia / Osoba zgłaszająca awarię lub błąd:

.....

Data zgłoszenia

Protokół awarii i błędów

Nr
(numer/rok/Dział/T.O)

Dotyczy

.....

Opis usterki:

.....

.....

Analiza ryzyka:

.....

Podjęte działania naprawcze:

.....

.....

.....

Data i podpis zgłaszającego awarię

Decyzja DZJ:

.....

.....

Data i podpis Osoby Wykwalifikowanej

.....

Formularz nr 4 do SOP nr 01/170/REJ.

INDYWIDUALNA DOKUMENTACJA DAWCY KRWI

Nazwisko i imię _____

PESEL _____

Miejsce zameldowania _____

Pobyt - adres korespondencyjny _____

tel. _____

D40



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

ZESTAWIENIE WYKONANYCH BADAŃ SEROLOGICZNYCH
w miesiącu roku
dla:

Oddz.

Data	Nr badania	Nazwisko i imię pacjenta	Lekarz zlecający badanie	Oznaczenie grupy krwi B00001	Oznaczenie grupy krwi bez przeciiał B00002	Identyfikacja przeciiał B00014	Fenotyp Rh i Kell B00027	BTa B00043	Próba zgodności z 1 dawcą B00048	Próba zgodności z następnym dawcą B00050	Inne badania	Cena
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

* G = grupa krwi + Rh + p/ciała a = ilość oznaczonych antygenów f = antygen oznaczony jnp. 1 + 5f