

| | | |
|--|--------------------|------------------|
| Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie | | |
| Nr wersji: 01 | SOP-DDiP/R-PR-01 | Strona 4 z 4 |
| Załącznik nr: 6 | Wersja zał. nr: 01 | Data: 01-09-2024 |

| | | |
|--|--------------------|------------------|
| Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie | | |
| Nr wersji: 01 | SOP-DDiP/R-PR-01 | Strona 1 z 4 |
| Załącznik nr: 6 | Wersja zał. nr: 01 | Data: 01-09-2024 |

Wyrażam zgodę na (zaznaczyć właściwe):

- pobranie krwi pełnej
- pobranie osocza metodą plazmaferezy
- pobranie krwinek płytkowych metodą trombaferezy

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o rodzaju zabiegu i jego częstotliwości oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na oddanie krwi. Zostałem/am poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla stanu mojego zdrowia. Oświadczam, że zgodnie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą, podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne.

Oświadczam, że:

- zapoznałem/em się z dostarczonymi materiałami informacyjnymi i zrozumiałem/em ich znaczenie,
- miałem/em możliwość wyjaśnienia wątpliwości,
- otrzymałem/em satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania.

Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy krwi/składnika krwi. Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.

Oświadczam, że otrzymałem/am w przystępnej formie informacje na temat możliwości przetworzenia oddanego przeze mnie osocza w leki w przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych.

W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od zakończenia donacji jakichkolwiek objawów chorobowych, zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w której miała miejsce donacja.

Numery telefonów do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie oraz do Oddziałów Terenowych znajdują się na stronie internetowej: www.rckik.lublin.pl oraz na opakowaniach zbiorczych czekolad.

W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań zobowiązuję się do terminowego zgłoszenia się do centrum. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo czterokrotnego zawiadomienia, wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane, centrum nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.

Data

Podpis krwiodawcy

Wyrażam zgodę na przechowywanie w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii materiału służącego do donacji krwi lub izolowanego DNA/RNA po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych oraz na wykorzystanie mojego DNA/RNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego antygenów i wirusów krwi oraz dotyczących czynników zakaźnych z zachowaniem warunków anonimowości, a także na przekazanie mojej krwi niewykorzystanej do celów klinicznych na potrzeby badań naukowych.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę, aby pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane za opłatą do podmiotów leczniczych z przeznaczeniem do celów klinicznych, zgodnie z art. 19.1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2020r. poz. 1777, z późn.zm).

TAK

NIE

Wyrażam zgodę, aby osocze/składniki krwi uzyskane z pobranej ode mnie krwi pełnej lub pobrane ode mnie metodą aferezy, w przypadku niewykorzystania ich do celów klinicznych, zostały wydane za opłatą do wytwórni farmaceutycznych/innych podmiotów jako surowiec do wytwarzania leków lub wyrobów medycznych

TAK

NIE

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), zawiadomić o tej zmianie Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.

adres....., telefon

Data

Podpis krwiodawcy

Data

Podpis osoby sprawdzającej ankietę.....

.....
data oraz podpis i pieczęć osoby weryfikującej ankietę

ANKIETA DAWCY

Informujemy, że podane przez Pana/Panią w kwestionariuszu dane, zgodnie z art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 22 sierpnia 1997r. o publicznej służbie krwi zostaną umieszczone w rejestrach dawców krwi, będących zbiorem danych osobowych gromadzonych i przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi.

Administratorem danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie, 20-078 Lublin ul. Żołnierzy Niepodległej 8, tel. 81 532 62 76, e-mail: sekretariat@rckik.lublin.pl Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@rckik.lublin.pl

Dane osobowe będą przetwarzane w celu: zadań i obowiązków nałożonych na Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa przez ustawę o publicznej służbie krwi na podstawie art. 6 ust. 1 lit.c oraz art.9 ust.2 lit. i RODO. Cała klauzula informacyjna dostępna jest na stronie <https://rckik.lublin.pl> w zakładce RODO.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją.

Data

Podpis krwiodawcy

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA URODZENIA

PESEL

NUMER DONACJI.....

Informacja o chorobach zakaźnych dla krwiodawców

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić czy nie jesteś zakażony/a krętkiem kiły, wirusem HIV (AIDS), wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) lub C (HCV). Jeśli test wypadnie dodatnio, krew nie zostanie przetoczona. Jednak przy każdej infekcji pomiędzy momentem zakażenia i chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie go drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie w żadnym przypadku nie wolno oddawać krwi, ponieważ może być źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne. Nie oddawaj więc krwi, jeżeli przez ryzykowne kontakty lub zachowania naraziłeś/aś się na niebezpieczeństwo.

Ryzyko stwarzają:

1. Wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
2. Kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki w postaci zastrzyków.
3. Kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami.
4. Kontakty seksualne z partnerem/partnerką, których znasz od niedawna.
5. Kontakty seksualne w celu zarobkowym.
6. Kontakty seksualne z osobami, u których testy w kierunku HIV (AIDS), krętka kiły lub wirusów zapalenia wątroby typu B lub C (żółtaczkę zakaźnej B lub C) wypadły dodatnio.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Twoją sferę prywatną. Jednak niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia drogą krwi można dalej zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą dokładnie przemyślisz opisane tu sytuacje i skrupulatnie odpowiesz na postawione pytania. Twoje dane będą traktowane poufnie.

Przy dodatnich wynikach badań (wskazujących na infekcję) zostaniesz o tym poinformowany/a przez lekarza. Ponadto informacje o dodatnich wynikach badań zostaną przekazane Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2020r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi. (Dz. U. poz. 1118)

Dziękujemy za współpracę.

Proszę odpowiedzieć, zakreślając właściwy kwadrat – znakiem „X” lub wpisując dane.

Tak Nie

| | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, w którym roku ostatnio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.a) | Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni stosował/a Pan/Pani <u>jakikolwiek</u> lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i inne)? Jeżeli tak, to jakie i kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) | Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/Pani jakikolwiek lek, którego składnikiem jest kwas acetylosalicylowy (np. aspiryna, polopiryna, etopiryna)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) | Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zażywał/a Pan/Pani leki przeciw: przerostowi prostaty, trądzikowi, łysieniu. Jeżeli tak, to jakie i kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) | Czy w ciągu ostatnich 3 lat przyjmował/a Pan/Pani leki teratogenne stosowane m.in. w chorobach skóry, zawierające acytretynę, np. Acitren, Neotigason, Soriatane lub Etretnat, np. Etretnat, Tegison? Jeżeli tak, to jakie i kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) | Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani produkty krwiopochodne (np. czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny)? Jeżeli tak, to jakie i kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) | Czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki w postaci zastrzyków, które nie zostały przepisane przez lekarza, (np. sterydy)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Czy przechodził/a Pan/Pani szczepienia | | |
| a) | w ciągu ostatnich 4 tygodni? Jeśli tak, jakie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) | Kiedy? | | |
| b) | w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu narażenia na zakażenie wścieklizną Jeśli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) | w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu narażenia na zakażenie kleszczowym zapaleniem mózgu Jeśli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) | <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała, | | |
| b) | <input type="checkbox"/> gorączkę o niejasnej przyczynie, | | |
| c) | <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych? | | |
| d) | <input type="checkbox"/> drgawki | | |
| e) | <input type="checkbox"/> nawracające omdlenia | | |
| 8. | Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości? | | |
| a) | <input type="checkbox"/> choroby układu krążenia (nadciśnienie), <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca, <input type="checkbox"/> zawał serca, <input type="checkbox"/> wada serca, <input type="checkbox"/> duszność, <input type="checkbox"/> udar mózgu Jeżeli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) | <input type="checkbox"/> choroby skóry, <input type="checkbox"/> wypryski/wysypka, <input type="checkbox"/> uczulenia, <input type="checkbox"/> katar sienny, <input type="checkbox"/> astma Jeżeli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) | <input type="checkbox"/> cukrzyca, <input type="checkbox"/> choroby krwi, <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia, <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych, <input type="checkbox"/> choroby nerek, <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne, <input type="checkbox"/> choroby tarczycy, <input type="checkbox"/> padaczka, <input type="checkbox"/> nowotwór, <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku Jeżeli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) | <input type="checkbox"/> kiła, <input type="checkbox"/> rzeżączka, <input type="checkbox"/> toksoplazmoza, <input type="checkbox"/> bruceloza, <input type="checkbox"/> gruźlica, <input type="checkbox"/> mononukleoza zakaźna Jeżeli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) | <input type="checkbox"/> gorączka Q, <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu, <input type="checkbox"/> zakażenie wirusem Zika Jeżeli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) | inne choroby zakaźne. Jeżeli tak, to jakie i kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Czy przeżył/a Pan/Pani kiedykolwiek reakcję anafilaktyczną? Kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonaną gastroskopię, kolonoskopię, bronchoskopię, biopsję lub inne badania diagnostyczne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Proszę odpowiedzieć, zakreślając właściwy kwadrat – znakiem „X” lub wpisując dane.

Tak Nie

| | | | |
|-------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. | Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przeżył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jaki i kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani transfuzje krwi lub jej składników? Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to jakich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani hormony wzrostu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpił lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta–Jakoba? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a Pan/Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej na terytorium Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Republiki Francuskiej lub Irlandii? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej? Jeżeli tak, to gdzie i kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak, to kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Czy chorował/a Pan/Pani na: <input type="checkbox"/> malarię, <input type="checkbox"/> inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, to jakie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia wirusa Zachodniego Nilu na ludzi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: <input type="checkbox"/> masaż, <input type="checkbox"/> akupunkturę, <input type="checkbox"/> depilację kosmetyczną, <input type="checkbox"/> przekłucie uszu lub innych części ciała, <input type="checkbox"/> zabiegi kosmetyczne połączone z naruszeniem powłok skórnych? Jeżeli tak, kiedy i jakie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny przechodził żółtaczkę? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt w warunkach domowych z chorym na wirusowe zapalenie wątroby lub nosicielem wirusów zapalenia wątroby? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „Informacje o chorobach zakaźnych dla krwiodawców” (na str.1)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) | Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz „Informacja...”)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy przebywał/a na Pan/Pani w zakładzie karnym, areszcie śledczym lub w zakładzie poprawczym, schronisku dla nieletnich albo w innym miejscu, w których przebywają osoby, wobec których zastosowano środki zapobiegawcze o charakterze izolacyjnym)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Czy kiedykolwiek zalecano Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby? Jaką/jakie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tylko dla kobiet | | | |
| 31. | Czy jest Pani obecnie w ciąży, była w ciąży w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Czy była Pani kiedykolwiek w ciąży? Jeśli tak, proszę podać liczbę ciąż/porodów/..... oraz datę ostatniego porodu, jeśli odbył się wcześniej niż wskazany w pytaniu 31 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. | Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki z hormonów w celu leczenia niepłodności? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |