

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW

OŚWIADCZENIE KRWIODAWCY**Wyrażam zgodę na zabieg:**

- pobrania krwi pełnej
 pobrania osocza metodą plazmaferezy
 pobrania krwinek płytkowych metodą trombaferezy
 pobrania krwinek białych metodą leukaferazy

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 mojego stanu zdrowia. Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne.

Oświadczam, że :

- zapoznałam/em się z dostarczonymi materiałami informacyjnymi i zrozumiałam/em ich znaczenie,
- miałam/em możliwość wyjaśnienia wątpliwości,
- otrzymałam/em satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania,

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

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 izolacji DNA/RNA lub izolowanego DNA/RNA po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych oraz na wykorzystywanie mojego DNA/RNA do badań naukowych mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego antygenów komórek krwi oraz dotyczących czynników zakaźnych, z zachowaniem warunków anonimowości, a także wykorzystanie próbek lub krwi i jej składników w celach naukowych i diagnostycznych.

TAK NIE

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

TAK NIE

Wyrażam zgodę, aby osocze uzyskane z pobranej ode mnie krwi pełnej lub pobrane ode mnie metodą aferezy, w przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych, zostało wydane za opłatą (zwrot kosztów pobrania i przygotowanie osocza do wydania) do wytwórni farmaceutycznych, jako surowiec do wytwarzania leków (osocze jest ważnym składnikiem do produkcji leków takich jak albumina, immunoglobulina, czynniki krzepnięcia) lub inne składniki krwi (surowica wypreparowana z pobranej krwi pełnej) została wydana za opłatą (zwrotów kosztów pobrania i przygotowania surowicy do wydania) jako materiał wyjściowy do produkcji wyrobów medycznych.

TAK NIE

Oświadczam, że podany przeze mnie adres jest aktualnym adresem, pod który RCKiK w Kaliszu może przesłać korespondencję związaną z ewentualnymi nieprawidłowymi wynikami badań wykonanych po oddaniu przeze mnie krwi lub jej składników. **Jednocześnie zobowiązuje się poinformować RCKiK w Kaliszu, Oddziały Terenowe o zmianie adresu, szczególnie jeżeli zmiana adresu nastąpi w ciągu 3 miesięcy od ostatniego oddania krwi.**

Data

Podpis krwiodawcy

Data

Podpis osoby kwalifikującej

WERYFIKACJA

Data

Podpis osoby weryfikującej

 Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu		
Nr wersji: 1	SOP-RK/OT-PR-01	Strona zał. 1 z 4
Załącznik nr: 2	Wersja zał. nr: 2	Data: (10-06-2024)

INFORMACJA O CHOROBAH ZAKAŻNYCH DLA KRWIODAWCÓW**O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi:**

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażony/a krętkiem kiły, wirusem HIV (odpowiedzialnym za 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 (żółtaczk 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 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz.U. poz. 1118).

Uwaga: odpowiedzi prosimy zaznaczać znakiem X

Czy przeczytał/a Pan/i i zrozumiał/a Pan/i „INFORMACJĘ O CHOROBAH ZAKAŻNYCH DLA KRWIODAWCÓW”?

Czy był/a Pan/i narażony/a na ryzyko zakażenia? (patrz: „INFORMACJA”)

TAK

NIE

Informujemy, że podane przez Pana / Panią w kwestionariuszu dane, zgodnie z Art. 17, ust. 1 Ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1222) zostaną umieszczone w rejestrach dawców krwi, będących zbiorem danych osobowych, gromadzonych i przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi, których Administratorem jest RCKiK w Kaliszu ul. Kaszubska 9, e-mail: sekretariat@krwiodawstwo.kalisz.pl

Pełna treść klauzuli znajduje się na stronie internetowej Centrum www.krwiodawstwo.kalisz.pl w zakładce RODO oraz przy stanowisku rejestracji dawców.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją

Data

Podpis

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCY

TU NAKLEIĆ NUMER DONACJI

Wypełnia krwiodawca	Imię i nazwisko:		Adres zamieszkania:	
	Data urodzenia:	PESEL:	Nr.tel. *Email:	*nie wymagany
Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną (sms, email) z RCKIK zaproszeń do oddawania krwi i jej składników <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				

	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 6 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 jakiegokolwiek lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i in.)? 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 acyretynę, 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? Jeżeli tak, jakie? Kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu narażenia na zakażenie wścieklizną? Jeżeli tak, kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu narażenia na zakażenie kleszczowym zapaleniem mózgu? Jeżeli tak, kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy zauważył Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała b) gorączkę o niejasnej przyczynie c) powiększenie węzłów chłonnych? d) drgawki e) nawracające omdlenia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Czy choruje Pan/Pani bądź chorowała na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwała 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"/> 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"/> przedłużenie 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"/> mononukleozę zakaźną 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"/>

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCY

WYPEŁNIA KRWIODAWCA	9. Czy przebył/a Pan/Pani kiedykolwiek reakcję anafilaktyczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywaną gastroskopię, biopsję lub inne badanie diagnostyczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jaki i kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję 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 otrzymał/a Pan/Pani hormon wzrostu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi 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 terenem 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 Pan/Pani na: <input type="checkbox"/> malarie <input type="checkbox"/> inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, kiedy i 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 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: <input type="checkbox"/> tatuaż <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 6 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 w ciągu ostatnich 6 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"/>
	28. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tylko dla kobiet		
	30. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31. Czy była Pani kiedykolwiek w ciąży? Jeżeli 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"/>
	32. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	33. Czy w latach 1965 - 1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>