

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie		
Nr wersji: 03	SOP-DDiP/R-PR-01	Strona 4 z 4
Załącznik nr: 6	Wersja zał. nr: 03	Data: 12-05-2025

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 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/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

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 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.

☐ 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 Kwestionariusz Dawcy.....

.....
data oraz podpis i pieczętka
osoby weryfikującej Kwestionariusz

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie		
Nr wersji: 03	SOP-DDiP/R-PR-01	Strona 1 z 4
Załącznik nr: 6	Wersja zał. nr: 03	Data: 12-05-2025

KWESTIONARIUSZ 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 (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 20 czerwca 2020r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi.

Dziękujemy za współpracę.

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie		
Nr wersji: 03	SOP-DDiP/R-PR-01	Strona 2 z 4
Załącznik nr: 6	Wersja zał. nr: 03	Data: 12-05-2025

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?	☐	☐
2.	Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a?	☐	☐
3.	Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne?	☐	☐
4.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C?	☐	☐
5.a)	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni stosował/a Pan/Pani <u>jakiegokolwiek</u> lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i inne)?Jeżeli tak, to jakie i kiedy?	☐	☐
b)	Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/Pani jakikolwiek lek, którego składnikiem jest kwas acetylosalicylowy (np. aspiryna, polopiryna, etopiryna)?	☐	☐
c)	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zażywał/a Pan/Pani leki przeciw: przerostowi prostaty, trądzikowi, łysieniu. Jeżeli tak, to jakie i kiedy?	☐	☐
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?	☐	☐
e)	Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani produkty krwiopochodne (np. czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny)? Jeżeli tak, to jakie i kiedy?	☐	☐
f)	Czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki w postaci zastrzyków, które nie zostały przepisane przez lekarza, (np. sterydy)?	☐	☐
6.	Czy przechodził/a Pan/Pani szczepienia	☐	☐
a)	w ciągu ostatnich 4 tygodni? Jeśli tak, jakie?	☐	☐
b)	w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu narażenia na zakażenie wścieklizną Jeśli tak, kiedy?	☐	☐
c)	w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu narażenia na zakażenie kleszczowym zapaleniem mózgu Jeśli tak, kiedy?	☐	☐
7.	Czy zauważył/a 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	☐	☐
8.	Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości? a) ☐ choroby układu krążenia (nadciśnienie), ☐ dolegliwości ze strony serca, ☐ zawał serca, ☐ wada serca, ☐ duszność, ☐ udar mózgu Jeżeli tak, kiedy?	☐	☐
b)	☐ choroby skóry, ☐ wypryski/wysypka, ☐ uczulenia, ☐ katar sienny, ☐ astma Jeśli tak, kiedy?	☐	☐
c)	☐ cukrzyca, ☐ choroby krwi, ☐ przedłużone krwawienia, ☐ choroby naczyń krwionośnych, ☐ choroby nerek, ☐ choroby przewodu pokarmowego, ☐ choroby płuc, ☐ choroby neurologiczne, ☐ choroby tarczycy, ☐ padaczka, ☐ nowotwór, ☐ zapalenie szpiku Jeżeli tak, kiedy?	☐	☐
d)	☐ kiła, ☐ rzeżączka, ☐ toksoplazmoza, ☐ bruceloza, ☐ gruźlica, ☐ mononukleozą zakaźną Jeżeli tak, kiedy?	☐	☐
e)	☐ gorączka Q, ☐ gorączka Zachodniego Nilu, ☐ zakażenie wirusem Zika Jeżeli tak, kiedy?	☐	☐
f)	inne choroby zakaźne. Jeżeli tak, to jakie i kiedy?	☐	☐
9.	Czy przebył/a Pan/Pani kiedykolwiek reakcję anafilaktyczną? Kiedy?	☐	☐
10.	Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonaną gastroscopię, kolonoskopię, bronchoskopię, biopsję lub inne badania diagnostyczne?	☐	☐

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie		
Nr wersji: 03	SOP-DDiP/R-PR-01	Strona 3 z 4
Załącznik nr: 6	Wersja zał. nr: 03	Data: 12-05-2025

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 przebył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jaki i kiedy?	☐	☐
12.	Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani transfuzję krwi lub jej składników? Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą)?	☐	☐
13.	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to jakich?	☐	☐
14.	Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani hormon wzrostu?	☐	☐
15.	Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta–Jakoba?	☐	☐
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?	☐	☐
17.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej? Jeżeli tak, to gdzie i kiedy?	☐	☐
18.	Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak, to kiedy?	☐	☐
19.	Czy chorował/a Pan/Pani na : ☐ malarię, ☐ inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, kiedy i jakie?	☐	☐
20.	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?	☐	☐
21.	Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: ☐ tatuaż, ☐ akupunkturę, ☐ depilację kosmetyczną, ☐ przekłucie uszu lub innych części ciała, ☐ zabiegi kosmetyczne połączone z naruszeniem powłok skórnych? Jeżeli tak, kiedy i jakie?	☐	☐
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?	☐	☐
23.	Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, kiedy?	☐	☐
24.	Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny przechodził żółtaczkę?	☐	☐
25.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?	☐	☐
26.	Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt w warunkach domowych z chorym na wirusowe zapalenie wątroby lub nosicielem wirusów zapalenia wątroby?	☐	☐
27.	Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „Informacje o chorobach zakaźnych dla krwiodawców” (na str.1)? a) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz „Informacja...”)?	☐	☐
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)?	☐	☐
29.	Czy kiedykolwiek zalecano Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi?	☐	☐
30.	Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby? Jaką/jakie?	☐	☐
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	☐	☐
32.	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	☐	☐
33.	Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?	☐	☐
34.	Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki z hormonów w celu leczenia niepłodności ?	☐	☐