



Kwestionariusz dla krwiodawców RCKiK w Opolu

/ nr donacji /

Nazwisko i Imię: Pesel:

Data i miejsce urodzenia: Telefon:

A. CZEŚĆ INFORMACYJNA – to musisz wiedzieć przed oddaniem krwi :

1. Informacja o chorobach zakaźnych dla krwiodawców:

Dawco, Twoja krew zostanie zbadana, by stwierdzić, czy nie jesteś zakażony/a kiłą, wirusem HIV, wirusem HBV lub HCV (żółtaczką zakaźną typu B lub C). Dodatkowo bądź reaktywne wyniki testów wykonanych w RCKiK w kierunku wykrycia powyższych patogenów spowodują wykluczenie /stałe, czasowe/ Ciebie z grona dawców krwi, oraz zniszczenie pobranej jednostki. Pamiętaj, że pomiędzy momentem zakażenia a chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie jej drogą badań laboratoryjnych upływa pewien okres czasu. Dlatego w tym okresie w żadnym przypadku NIE wolno oddawać krwi, ponieważ może być ona źródłem zakażenia, chociaż wyniki testów laboratoryjnych są jeszcze ujemne. Nie oddawaj więc krwi, jeżeli przez ryzykowne kontakty lub zachowania naraziłeś/łaś się na niebezpieczeństwo zakażenia.

Ryzyko stwarzają:

1. Wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki dożylnie (w postaci zastrzyków).
2. Kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki dożylnie (w postaci zastrzyków).
3. Kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami.
4. Kontakty seksualne z partnerem/partnerką, którego/ą znasz od niedawna.
5. Kontakty seksualne w celu zarobkowym.
6. Kontakty seksualne z osobami, u których testy w kierunku zakażenia wirusem HIV, kiły, lub żółtaczki zakaźnej B lub C wypadły dodatnio.

2. Informacja o samodyskwalifikacji:

Dawco, mimo że podjąłeś decyzję o oddaniu krwi informujemy, że możesz bez podania przyczyny zrezygnować z oddawania krwi w każdej chwili, czyli od momentu rejestracji poprzez badania laboratoryjne, badania lekarskie, czy cały okres pobierania. Możesz również dokonać samodyskwalifikacji po oddaniu krwi lub jej składników w formie pisemnej na ogólnodostępnym druku o samodyskwalifikacji. Możliwe jest również całodobowe telefoniczne powiadomienie o samodyskwalifikacji pracownika RCKiK w Opolu (całodobowe numery telefonów: 77 4410600 lub 77 4410700).

3. Informacja o wystąpieniu objawów chorobowych po donacji:

Dawco, jeśli w ciągu 48 godzin od donacji wystąpiły u Ciebie jakiegokolwiek objawy chorobowe prosimy o telefoniczne powiadomienie o tym fakcie RCKiK w Opolu (całodobowe numery telefonów: 77 4410600 lub 77 4410700).

4. Informacja o stosowaniu przez personel medyczny sprzętu jednorazowego użytku i rękawic ochronnych:

Informujemy, że podczas wykonywania badań kwalifikacyjnych oraz zabiegów związanych z oddawaniem krwi, personel pobierający krew używa wyłącznie sprzętu jednorazowego użytku w tym również rękawic ochronnych. Sprzęt przeznaczony jest tylko dla Ciebie, a osoba pobierająca w Twojej obecności zakłada rękawice ochronne przeznaczone tylko dla Ciebie.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, że wyżej wymienione czynności zostały wykonane niezgodnie z informacją powinieneś niezwłocznie wyjaśnić je z personelem i zgłosić zaistniałe niezgodności w formie pisemnej w miejscu do tego przewidzianym - tj. w części D. kwestionariusza - „ZGŁOSZENIE NIEZGODNOŚCI”.

Niezgłoszenie wątpliwości będzie traktowane jako potwierdzenie, że procedura pobierania krwi przebiegała bez zastrzeżeń.

5. Informacja o ochronie danych osobowych:

Informujemy, że podane przez Pana/ią dane zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, których administratorem jest RCKiK Opole - na potrzeby publicznej służby krwi (Dz.U. z 1997r. Nr 106 poz.681, z późn.zmianami) i zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z 1997 roku, z późniejszymi zmianami). Jednocześnie informujemy, że przysługuje Panu/i prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania danych, a nawet ich usunięcia, jeśli są one niekompletne, nieaktualne, nieprawdziwe lub zostały zebrane z naruszeniem Ustawy.

Adres administratora danych: Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu, 45-372 Opole ul. Kośnego 55.

6. Informacja o przeznaczeniu pobranej donacji krwi i/lub jej składników:

Krew lub jej składniki mogą być przeznaczone do celów terapeutycznych (przetoczenie biorcy), lub do użytku nieterapeutycznego. Jeżeli donacja nie będzie mogła być przeznaczona do użytku terapeutycznego, może zostać przeznaczona do frakcjonowania celem jej przetworzenia na leki krwio pochodne, lub do celów badawczych, naukowych czy diagnostycznych.

(Artykuł 2. Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 roku z późniejszymi zmianami).

TAK NIE (*Prosimy zaznaczyć odpowiedź prawidłową . W razie pomyłki błędne zaznaczenie prosimy otoczyć kółkiem i parafować*)

- ☐ ☐ 22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/i poza granicami naszego kraju? **Jeżeli tak, to w jakim kraju/ach i kiedy?** :
- ☐ ☐ 23. Czy zaobserwował/a Pan/i niewyjaśnioną, nieoczekiwaną gorączkę związaną z podróżą ?
- ☐ ☐ 24. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał Pan/i w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?
- ☐ ☐ 25. Czy przebywał Pan/i czasowo lub w dowolnym okresie życia zamieszkiwał/a na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych ? **Jeżeli tak**, to kiedy i gdzie?
- ☐ ☐ 26. Czy chorował/a Pan/i na: ☐ malarię ☐ inne choroby tropikalne? **Jeżeli tak**, to jakie?
- ☐ ☐ 27. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/i na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi? **Jeżeli tak**, to kiedy i gdzie?
- ☐ ☐ 28. Czy był Pan/i zakażony/a Wirusem Zachodniego Nilu (WNV)? **Jeżeli tak**, to kiedy?
- ☐ ☐ 29. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/i: ☐ tatuaż ☐ akupunkturę ☐ depilację kosmetyczną ☐ przekłucie uszu lub innych części ciała? **Jeżeli tak**, to kiedy ?
- ☐ ☐ 30. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan/i przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką?
- ☐ ☐ 31. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/i żółtaczkę? **Jeżeli tak**, to kiedy?
- ☐ ☐ 32. Czy Pana/i partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?
- ☐ ☐ 33. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/i kontakt z zakaźnie chorym?
- ☐ ☐ 34. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/i jako osadzony w areszcie lub w więzieniu?
- ☐ ☐ 35. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/i rezygnację z oddania krwi?
- ☐ ☐ 36. Czy wykonuje Pan/i niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu), lub ma niebezpieczne hobby (np. nurek)?

Tylko dla kobiet:

TAK NIE

- ☐ ☐ A. Czy Pani miesiączkuje? **Jeżeli tak**, to kiedy ostatnio?
- ☐ ☐ B. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?

Pytania dotyczące ciąży:

- ☐ ☐ C. Czy jest Pani obecnie w ciąży?
- ☐ ☐ D. Czy była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy?
Jeżeli tak, proszę podać datę porodu/poronienia
- ☐ ☐ E. Czy była Pani w ciąży od czasu ostatniego oddania krwi?
Jeżeli tak, proszę podać datę porodu/poronienia

Zaznacz rodzaj zabiegu do wykonania :

- ☐ pobranie krwi pełnej
- ☐ pobranie osocza metodą plazmaferezy automatycznej
- ☐ pobranie krwinek płytkowych metodą trombaferozy automatycznej
- ☐ pobranie krwi do autotransfuzji

C. WYRAŻENIE ZGODY:

Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej zaznaczonego zabiegu oraz potwierdzam, że:

- Zapoznałem/am się z dostarczonymi materiałami informacyjnymi, zrozumiałem/am i akceptuję ich treść i znaczenie.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb publicznej służby krwi.
- Otrzymałem w przystępnej formie informacje na temat możliwości przetworzenia oddanego przeze mnie osocza w leki w przypadku niewykorzystania go do celów leczniczych.
- Potwierdzam, że wszystkie podane informacje są, według mojej wiedzy i sumienia, zgodne z prawdą i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy krwi i jej składników. Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.
- Zobowiązuję się, w razie otrzymania zawiadomienia z RCKiK Opole o konieczności odbioru wyników badań, do terminowego ich odbioru. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo czterokrotnego zawiadomienia wyniki wykonanych badań w celu diagnostyki chorób zakaźnych nie zostaną przeze mnie odebrane, RCKiK nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.
- Zobowiązuję się również, w przypadku zmiany mojego miejsca zamieszkania (adresu), która nastąpiła w ciągu trzech miesięcy od czasu oddania krwi do zawiadomienia o tej zmianie RCKiK w Opolu, 45-372 Opole ul. Kośnego 55, w terminie 7 dni od zaistniałej zmiany.
- W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od donacji jakichkolwiek objawów chorobowych zobowiązuję się do telefonicznego powiadomienia o tym RCKiK Opole, (całodobowe numery telefonów: 77 4410600 lub 77 4410700).
- 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 pobierania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia.
- Miałem/am możliwość wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości. Otrzymałem/am satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania.

TAK NIE

- ☐ ☐ Wyrażam zgodę, aby pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane za opłatą do podmiotów leczniczych z przeznaczeniem do celów klinicznych.
- ☐ ☐ 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 do wytwórni farmaceutycznych, jako surowiec do wytwarzania leków.

Data :

Podpis krwiodawcy :

D. ZGŁOSZENIE NIEZGODNOŚCI:

„Zgłoszenie przez dawcę niezastosowania przez personel medyczny sprzętu jednorazowego użytku i rękawic ochronnych”
(wypełniane i podpisywane wyłącznie, gdy stwierdzono ww. nieprawidłowość)

Stwierdzam nieprawidłowości w przebiegu procedury przeprowadzanych u mnie zabiegów, polegające na:

Data:

Podpis krwiodawcy:

.....
Data, pieczętka i podpis
osoby weryfikującej

.....
Data, pieczętka i podpis
lekarza sprawdzającego