

<p>Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. dr Konrada Vietha w Radomiu 26-600 Radom , ul. B. Limanowskiego 42</p> <p>Pieczętka Oddziału Terenowego</p>	<p><u>KWESTIONARIUSZ</u> <u>DLA KRWIODAWCÓW</u></p>	
--	---	---

W związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. dr Konrada Vietha w Radomiu, z siedzibą przy ul. Limanowskiego 42, 26-600 Radom, numer tel.: 48 362-62-76, adres e-mail: rckik@rckik.radom.pl
2. W Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. Dr Konrada Vietha w Radomiu wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: 48 362-62-76 lub *adresem e-mail: abi@rckik.radom.pl*
3. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. dr Konrada Vietha w Radomiu **przetwarza Pana/Pani dane osobowe w celu realizacji działań statutowych oraz zadań ustawowych, w szczególności ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1371 ze zm.)**.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pana/Pani danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa lub umowy.
5. Pan/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres 30 lat.
6. Posiada Pan/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
7. Obowiązek podania danych osobowych jest warunkiem realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, z zastrzeżeniem, że podanie nr telefonu, adresu mailowego i wyrażenie zgody na kontakt za pomocą środków telekomunikacyjnych jest dobrowolne, a niepodanie tych danych nie będzie skutkowało odmową oddania krwi.
8. Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w celach związanych z zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
9. W przypadku uznania, iż przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Data:..... **Podpis krwiodawcy**.....

<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Imię i Nazwisko</p> <p>Data urodzenia.....</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">PESEL*</p> <p><small>* W przypadku obcokrajowców w polu PESEL wpisać serię, nr i rodzaj dokumentu tożsamości</small></p>											<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Numer donacji</p>

INFORMACJA O CHOROBAH ZAKAŹNYCH 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 ona 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 (żółtaczki zakaźnej) 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 pozytywnych wynikach badań (wskazujących na infekcję) zostaniesz o tym powiadomiony/a przez lekarza. **Dziękujemy za współpracę.**

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, zakreślając właściwy kwadrat - znakiem "X" lub wpisując dane. Pomyłkę proszę poprawić, podpisać. JEŻELI MASZ WĄTPLIWOŚCI PORADŹ SIĘ LEKARZA		Właściwie zakreślić TAK NIE	
1.	Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „ <u>Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców</u> ”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli TAK , w którym roku ostatnio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, zakreślając właściwy kwadrat - znakiem "X" lub wpisując dane. Pomyłkę proszę poprawić, podpisać i datować!		TAK	NIE
3.	Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	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"/>
5.1	a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/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 Aspirynę, Acard, Asprin, Polopirynę lub jakikolwiek inny lek , którego składnikiem jest kwas acetylosalicylowy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Czy stosuje lub stosował/a Pan/Pani leki produkowane z osocza (np. czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Czy stosuje lub stosował/a Pan/Pani leki teratogenne (np. retinoidy: acytretyna, etretinat, inhibitory konwertazy angiotensyny)? Jeżeli TAK , to jakie i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Czy stosuje lub stosował/a Pan/Pani sterydy dostępne bez recepty wzmacniające mięśnie lub preparaty z surowicy wołowej lub insuliny wołowej? Jeżeli TAK , to kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Jeśli TAK , to jakie?..... Kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała, b) <input type="checkbox"/> gorączkę o niejasnej przyczynie, c) <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z poniższych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 , to 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 <input type="checkbox"/> reakcja anafilaktyczna Jeżeli TAK , to jakie i 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 nerwowe, <input type="checkbox"/> padaczka, <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych, <input type="checkbox"/> choroby nerek, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> nowotwór, <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego, <input type="checkbox"/> choroby tarczycy, <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku Jeżeli TAK , to 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"/> gorączka Q <input type="checkbox"/> mononukleozą zakaźną <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu. Jeżeli TAK , to kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywaną endoskopię (np. gastroskopię, bronchoskopię, rektoskopię, kolonoskopię, cystoskopię, artroskopię), cewnikowanie, biopsję lub inne badanie inwazyjne? Jeśli TAK , to jaki i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przeżył/a zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli TAK , to jaki, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Czy kiedykolwiek otrzymał/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"/>
12.	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)? Jeżeli TAK , to jakich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani hormon wzrostu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, zakreślając właściwy kwadrat - znakiem "X" lub wpisując dane. Pomyłkę proszę poprawić, podpisać i datować!		TAK	NIE
14.	Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a Pan/Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii (Anglia, Walia, Szkocja, Wyspa Man, Gibraltarc, Falklandy, Irlandia Północna, Wyspy Normandzkie), Francji lub Irlandii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Czy po 1 stycznia 1980 r. miał/a Pan/Pani wykonaną operację, transfuzję krwi lub był/a Pan/Pani leczona za pomocą produktów krwiopochodnych w Wielkiej Brytanii (Anglia, Walia, Szkocja, Wyspa Man, Gibraltarc, Falklandy, Irlandia Północna, Wyspy Normandzkie), Francji lub Irlandii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?	<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 kiedy i jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani poza granicami kraju? Jeżeli TAK , to gdzie i kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi (np. USA, Kanada)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	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"/> zabiegi kosmetyczne połączone z naruszeniem powłok skórnych, <input type="checkbox"/> przekłucie uszu lub innych części ciała? Jeżeli TAK , to kiedy i jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi ludzką krwią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli TAK , to kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy chorował/a Pan/Pani na wściekliznę lub był/a ugryziony przez zwierzę (pies, lis, wiewiórka)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie, więzieniu, zakładzie poprawczym lub schronisku dla nieletnich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Czy miał Pan/Pani problemy z nadużywaniem alkoholu, narkotyków lub innych środków psychotropowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Czy w ciągu ostatnich 24 godzin spożywał Pan/Pani alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? Jeżeli TAK , to z jakiego powodu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek, pilot, maszynista) lub ma niebezpieczne hobby? Jeśli TAK , proszę podać :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WYPEŁNIAJĄ TYLKO KOBIETY!			
33.	Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani 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"/>
34.	Czy Pani miesiączkuje ? Jeżeli TAK , prosimy podać termin ostatniej miesiączki? Od do Jeśli NIE proszę podać powód?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Proszę podać łączną liczbę porodów i ich daty (proszę wpisać daty lub „-”:		

1. Wyrażam zgodę na zabieg pobrania (proszę wybrać znakiem „X” tylko jeden zabieg):

- krwi pełnej osocza metodą automatyczną inny.....
 krwinek płytkowych metodą automatyczną krwinek płytkowych i osocza metodą automatyczną

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, a po oddaniu krwi mogę dokonać samodyskwalifikacji na otrzymanym w Rejestracji „Formularzu samodyskwalifikacji”. Zostałem/am poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego 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:

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

Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy mojej 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 (oddania krwi) jakichkolwiek objawów chorobowych zobowiązuję się do telefonicznego powiadomienia lekarza, który zakwalifikował mnie do oddania krwi.

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

Data..... Podpis krwiodawcy

2. 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, z zachowaniem warunków anonimowości.

Data..... Podpis krwiodawcy.....

3. 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 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. 2014 poz.332 i Dz. U. 2016 poz. 823).

Data..... Podpis krwiodawcy

4. WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM* zgody, aby osocze, uzyskane z pobranej ode mnie krwi 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.

* podkreślić właściwe

Data..... Podpis krwiodawcy

5. Oświadczam, że podany przeze mnie poniżej adres jest aktualnym adresem, pod który RCKiK w Radomiu może przesłać korespondencję związaną z ewentualnymi nieprawidłowymi wynikami badań, wykonanymi po oddaniu przeze mnie krwi. Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu) zawiadomić o tej zmianie Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Radomiu.

Mój aktualny adres do korespondencji:

.....

Telefon: (Podanie numeru telefonu jest dobrowolne)

Data..... Podpis krwiodawcy

Wypełnia lekarz w przypadku dyskwalifikacji dawcy:		
Rodzaj dyskwalifikacji:	Powód:	Termin:
<input type="checkbox"/> TYMCZASOWA <input type="checkbox"/> STAŁA		
Oświadczam, że zostałem /am poinformowany/a o przyczynie dyskwalifikacji. W przypadku dyskwalifikacji stałej <u>nigdy i nigdzie</u> nie mogę oddawać krwi i jej składników.		
Data Podpis krwiodawcy		

Data:	Data:
Podpis lekarza kwalifikującego :	Podpis osoby weryfikującej :