

| | | |
|---|---|---|
| <p>Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. dr Konrada Vietha w Radomiu 26-600 Radom , ul. Limanowskiego 42</p> <p>Pieczętka Oddziału Terenowego</p> | <p><u>KWESTIONARIUSZ 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. Podane w kwestionariuszu dane, zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi, zostaną umieszczone w rejestrach dawców krwi, będących zbiorem danych osobowych, gromadzonych i przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi, których Administratorem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
6. Pan/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres 30 lat.
7. Posiada Pan/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
8. 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.
9. Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w celach związanych z zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
10. 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>.....</p> <p>Imię i Nazwisko</p> <p>Data urodzenia.....</p> <table border="1" data-bbox="73 1176 759 1240"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>PESEL*</p> <p><small>* W przypadku obcokrajowców w polu PESEL wpisać serię, nr i rodzaj dokumentu tożsamości</small></p> | | | | | | | | | | | | <p>.....</p> <p>Numer donacji</p> |
| | | | | | | | | | | | | |

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 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 (żółtaczkę zakaźną 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 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. 2014 poz. 459 z późniejszymi zmianami).

Dziękujemy za współpracę.

| Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, zakreślając właściwy kwadrat - znakiem "X" lub wpisując dane. Pomyłkę proszę poprawić, podpisać, datować. JEŻELI MASZ WĄTPLIWOŚCI PORADŹ SIĘ LEKARZA | | Właściwe zakreślić TAK NIE | |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców”? 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"/> |
| 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 jakikolwiek 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, Aspirin, 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, etretynat, izotretynion)? 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? 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 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 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"/> mononukleozę zakaźną <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu <input type="checkbox"/> zakażenie wirusem Zika <input type="checkbox"/> inne choroby zakaźne. Jeżeli TAK , to kiedy?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Czy przeżył/a Pan/Pani kiedykolwiek reakcję anafilaktyczną? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | 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"/> |

| Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, zakreślając właściwy kwadrat - znakiem "X" lub wpisując dane. Pomyłkę proszę poprawić, podpisać i datować! | | TAK | NIE |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. | Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebywał/a zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli TAK , to jaki, kiedy?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | 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"/> |
| 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 w Wielkiej Brytanii (Anglia, Walia, Szkocja, Wyspa Man, Gibraltar, Falklandy, Irlandia Północna, Wyspy Normandzkie), Francji lub Irlandii? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 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, Gibraltar, Falklandy, Irlandia Północna, Wyspy Normandzkie), Francji lub Irlandii? | <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 Rzeczypospolitej Polskiej? 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"/> depilację kosmetyczną, <input type="checkbox"/> tatuaż, <input type="checkbox"/> akupunkturę, <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 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 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"/> |
| 28. | Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy chorował/a Pan/Pani na wścieklicznę lub był/a ugryziony przez zwierzę (pies, lis, wiewiórka)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | 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"/> |
| 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"/> |
| <u>WYPEŁNIAJĄ TYLKO KOBIETY!</u> | | | |
| 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, RCKiK w Radomiu nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.

Data..... Podpis krwiodawcy

2. WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM* zgody 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.

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

3. WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM* zgody, aby pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane za opłatą do podmiotów leczniczych z przeznaczeniem do celów klinicznych, zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1371, z późn. zm.).

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 RCKiK 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 : |