

<p><b>Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. dr Konrada Vietha w Radomiu 26-600 Radom , ul. Limanowskiego 42</b></p> <p><b>Pieczątka Oddziału Terenowego</b></p>	<p><b><u>KWESTIONARIUSZ</u></b> <b><u>DLA KRWIODAWCÓW</u></b></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](mailto: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](mailto: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 2019 r. poz. 1222 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 służbie 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 skutkować 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.

Klauzula w pełnej treści znajduje się na stronie internetowej [www.rckik.radom.pl](http://www.rckik.radom.pl) oraz w siedzibie RCKiK w Radomiu na tablicach informacyjnych.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją:

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

<p>.....</p> <p><b>Imię i Nazwisko</b></p> <p>.....</p> <p><b>Data urodzenia</b>.....</p> <table border="1" data-bbox="76 1227 758 1288"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><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><b>PESEL*</b></p> <p><small>* W przypadku obcokrajowców w polu PESEL wpisać serię, nr i rodzaj dokumentu tożsamości</small></p>																					<p>.....</p> <p><b>Numer donacji</b></p> <p>.....</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 (żółtaczki 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).

**Dziękujemy za współpracę.**

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, zakreślając właściwy kwadrat - znakiem "X" lub wpisując dane. Pomyłkę proszę poprawić, podpisać, datować. <b>JEŻELI MASZ WĄTPLIWOŚCI PORADŹ SIĘ LEKARZA</b>		Właściwie zakreślić <b>TAK NIE</b>	
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 (patrz str. 1)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli <b>TAK</b> , 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 <b>6 miesięcy</b> przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy w ciągu ostatnich <b>4 tygodni</b> 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 <b>4 tygodni</b> przyjmował/a Pan/Pani <b>jakikolwiek lekarstwa</b> (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i in.)? Jeżeli <b>TAK</b> , to jakie i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Czy w ciągu ostatnich <b>2 dni</b> przyjmował/a Pan/Pani Aspirynę, Acard, Aspirin, Polopirynę, Etopirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest <u>kwasy acetylosalicylowy</u> ?	<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 w ciągu ostatnich <b>3 lat</b> przyjmował/a Pan/Pani leki teratogenne stosowane m.in. w chorobach skóry, zawierające acytretynę, etretynat, izotretynoinę, np. Acitren, Neotigason, Soriatane,, Etretynat, Tegison? Jeżeli <b>TAK</b> , to jakie i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki w postaci zastrzyków, które nie zostały przepisane przez lekarza, np. sterydy? Jeżeli <b>TAK</b> , to jakie i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) Czy w ciągu ostatnich <b>6 miesięcy</b> zażywał /a Pan/Pani leki przeciw: przerostowi prostaty, trądzikowi, łysieniu? Jeżeli <b>TAK</b> , to jakie i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy przechodził/a Pan/Pani szczepienia? a) w ciągu ostatnich <b>4 tygodni</b> ? Jeśli <b>TAK</b> , to jakie i kiedy?..... b) w ciągu ostatnich <b>12 miesięcy</b> z powodu narażenia na zakażenie wścieklizną? Jeśli <b>TAK</b> , to kiedy?..... c) w ciągu ostatnich <b>12 miesięcy</b> z powodu narażenia na zakażenie kleszczowym zapaleniem mózgu? Jeśli <b>TAK</b> , to 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, d) <input type="checkbox"/> drgawki, e) <input type="checkbox"/> nawracające omdlenia	<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 ( <b>nadciśnienie</b> ), <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca, <input type="checkbox"/> zawał serca, <input type="checkbox"/> duszność, <input type="checkbox"/> udar mózgu. Jeżeli <b>TAK</b> , to kiedy?..... 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 <b>TAK</b> , kiedy?..... c) <input type="checkbox"/> cukrzyca, <input type="checkbox"/> choroby krwi, <input type="checkbox"/> przedłużenie krwawienia, <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne, <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 <b>TAK</b> , 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"/> mononukleoza zakaźna <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu <input type="checkbox"/> zakażenie wirusem Zika <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> inne choroby zakaźne. Jeżeli <b>TAK</b> , to kiedy i jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Czy przebył/a Pan/Pani kiedykolwiek reakcję anafilaktyczną (wstrząs anafilaktyczny)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Czy w ciągu ostatnich <b>6 miesięcy</b> miał/a Pan/Pani wykonywaną endoskopię (np. gastroskopię, bronchoskopię, rektoskopię, kolonoskopię, cystoskopię, artroskopię), cewnikowanie, biopsję lub inne badanie inwazyjne? Jeśli <b>TAK</b> , to jaki i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Czy w ciągu ostatnich <b>6 miesięcy</b> lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli <b>TAK</b> , to jaki, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzje krwi lub jej składników? Jeżeli <b>TAK</b> , 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 <b>TAK</b> , 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 <b>TAK</b> , 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 <b>TAK</b> , to kiedy i jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Czy w ciągu ostatnich <b>12 miesięcy</b> przebywał/a Pan/Pani poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej? Jeżeli <b>TAK</b> , to gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Czy w ciągu ostatnich <b>28 dni</b> 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 <b>TAK</b> , to kiedy i jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Czy w ciągu ostatnich <b>6 miesięcy</b> 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 <b>TAK</b> , 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 <b>12 miesięcy</b> 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 <b>6 miesięcy</b> przebywał/a Pan/Pani w zakładzie karnym, areszcie śledczym, zakładzie poprawczym, schronisku dla nieletnich lub w innym miejscu, w którym przebywają osoby, wobec których zastosowano środki zapobiegawcze o charakterze izolacyjnym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Czy w ciągu ostatnich 24 godzin spożywał Pan/Pani alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek, pilot, maszynista) lub ma niebezpieczne hobby? Jeśli <b>TAK</b> , proszę podać : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WYPEŁNIAJĄ TYLKO KOBIETY!</b>			
32.	Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich <b>12 miesięcy</b> lub od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli <b>TAK</b> , proszę podać datę porodu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Czy była Pani kiedykolwiek w ciąży? Jeśli <b>TAK</b> , proszę podać łączną <b>liczbę ciąż/porodów oraz ich daty</b> : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34.	Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Czy Pani <b>miesiączkuje</b> ? Jeżeli <b>TAK</b> , prosimy podać termin ostatniej miesiączki? <b>Od</b> ..... <b>do</b> ..... Jeśli <b>NIE</b> proszę podać powód?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- krwi pełnej     krwi pełnej jako ozdrowieniec COVID-19     krwinek płytkowych i osocza metodą automatyczną  
 osocza metodą automatyczną     osocza metodą automatyczną jako ozdrowieniec COVID-19     inny

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 RCKiK w Radomiu.

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. 19.1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1777, 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 przesyłać 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:** .....

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

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

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