

**Wyrażam zgodę na (zaznaczyć właściwe):**

- pobranie krwi pełnej
- pobranie osocza metodą plazmaferezy
- pobranie krwinek płytkowych metodą trombaferezy
- wpisanie do Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej

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](http://www.rckik.lublin.pl) oraz na opakowaniach zbiorczych czekolad.

W razie otrzymania powiadomienia 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.

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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1222, z późn zm.).

TAK

NIE

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.

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 lekarza sprawdzającego ankietę .....

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

**ANKIETA DAWCY**

Informujemy, że podane przez Pana/Panią w kwestionariuszu dane, zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1222) zostaną umieszczone w rejestrach dawców krwi, będących zbiorem danych osobowych gromadzonych i przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi, których Administratorem jest Dyrektor jednostki publicznej służby krwi.

Informujemy, że na podstawie art. 13 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 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 przysługuje Panu/Pani prawo do kontroli przetwarzania danych, dotyczących Pana/Pani zawartych w rejestrach dawców krwi.

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 (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 dodatknych wynikach badań (wskazujących na infekcję) zostaniesz o tym poinformowany/a przez lekarza. Ponadto informacje o dodatknych wynikach badań zostaną przekazane Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. 2014 poz. 459 z późniejszymi zmianami). Dziękujemy za współpracę.

**Ponizej wypełniają tylko kandydaci do Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej**

Nr rejestracji kandydata do CRNPDSiKP .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb pozyskiwania dawców allogenicznego szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 (RODO).

Data .....

Podpis dawcy szpiku

.....

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? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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.	a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni stosował/a Pan/Pani jakiegokolwiek leków (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i inne)? Jeżeli tak, to jakie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował Pan/Pani jakiegokolwiek lek, którego składnikiem jest kwas acetylosalicynowy (np. aspiryna)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Jeżeli tak, to jakie? .....	<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"/>	
	Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych 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"/> wada serca, <input type="checkbox"/> duszność, <input type="checkbox"/> udar mózgu, Jeżeli tak, 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"/>	
8.	c) <input type="checkbox"/> cukrzyca, <input type="checkbox"/> choroby krwi, <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia, <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych, <input type="checkbox"/> choroby nerek, <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> choroby nerwowe, <input type="checkbox"/> choroby tarczycy, <input type="checkbox"/> padaczka, <input type="checkbox"/> nowotwór, <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku, <input type="checkbox"/> choroby autoimmunologiczne, Jeżeli tak, kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) <input type="checkbox"/> kiła, <input type="checkbox"/> rzeżączka, <input type="checkbox"/> toksoplazmoza, <input type="checkbox"/> brucelloza, <input type="checkbox"/> gruźlica, <input type="checkbox"/> mononukleozę zakaźną, <input type="checkbox"/> borelioza. Jeżeli tak, kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) <input type="checkbox"/> gorączka Q, <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu, <input type="checkbox"/> zakażenie wirusem Zika Jeżeli tak, kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) inne choroby zakaźne. Jeżeli tak, to jakie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9.	Czy przebył/a Pan/Pani kiedykolwiek reakcję anafilaktyczną? Kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonaną gastroscopię, kolonoskopię, artroskopię, biopsję lub inne badania diagnostyczne? Kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Czy kiedykolwiek (dawcy pierwszorazowi) lub od czasu ostatniego oddania krwi (dawcy wielokrotni) chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jakie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani transfuzję 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 otrzymywał/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"/>	

Proszę odpowiedzieć, zakreślając właściwy kwadrat – znakiem „X” lub wpisując dane.		Tak	Nie
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Jeżeli tak, to gdzie i kiedy? .....	<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 na jakie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi? Jeżeli tak, to gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	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"/> przekłucie uszu lub innych części ciała? <input type="checkbox"/> zabiegi kosmetyczne połączone z naruszeniem powłok skórnych? Jeżeli tak, kiedy i jakie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani zabiegi chirurgiczne? 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 krwią ludzką? Kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Czy jest Pan/Pani narażony/a na ryzyko zarażenia się wirusem zapalenia wątroby (żółtaczki zakaźnej) z powodu bliskiego kontaktu (np. wspólne zamieszkiwanie, kontakty seksualne) z osobą chorą na wirusowe zapalenie wątroby lub nosicielem wirusów zapalenia wątroby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym? Kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy został/a Pan/Pani ugryziony/a lub miał/a kontakt ze zwierzęciem chorym na wściekliznę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „Informacje o chorobach zakaźnych dla dawców” (na str. 1)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz "Informacja...")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Czy kiedykolwiek zalecano Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby? Jaką / jakie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tylko dla kobiet**

32.	Czy jest Pani obecnie w ciąży, była w ciąży kiedykolwiek (dawcy pierwszorazowi) lub od czasu ostatniej donacji krwi (dawcy wielokrotni)? Jeżeli tak, to proszę podać datę porodu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki z hormonów w celu leczenia niepłodności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>