

Я даю свою згоду (зазначити потрібне)

- забір повний крові
- забір плазми методом плазмаферезу
- забір тромбоцитів методом тромбаферезу
- запис до Центрального реєстру неспоріднених потенційних донорів кісткового мозку та пуповинної крові.

При цьому я підтверджую, що мені повідомлено про тип операції та її частоту, і що я можу в будь-який час скасувати свою згоду на здачу крові. Мене повідомили про спосіб здачі крові та про передбачувані наслідки для мого здоров'я. Підтверджую, що, згідно з моєю совістю та знаннями, вищезгадана інформація про захворювання та поточний стан здоров'я є правдивою і точною.

Я заявляю, що:

- ознайоми(лась/вся) з наданими інформаційними матеріалами та зрозумі(ла/в) їх зміст,
- ма(ла/в) можливість спростування сумнівів
- отрима(ла/в) задовільну відповідь на всі задані питання

Я розумію, що вони призначені для захисту мого здоров'я як донора та забезпечення безпеки реципієнта крові/компонента крові. Я вважаю, що моя кров підходить для лікувальних цілей.

Я підтверджую, що отримав у доступній формі інформацію про можливість переробки зданої мною плазми на ліки, якщо вона не використовується в клінічних цілях.

У разі появи будь-яких симптомів захворювання протягом 48 годин після закінчення здачі крові зобов'язуюсь негайно повідомити про це організаційний підрозділ державної служби крові, де відбулося донорство.

Телефони до Обласного Центру Донорства та Лікування Крові в Любліні та до Місцевих Відділень можна знайти на веб-сайті: www.gskik.lublin.pl та на колективній упаковці шоколадок.

У разі отримання повідомлення про необхідність збору результатів досліджу зобов'язуюсь своєчасно повідомити центр. При цьому розумію, що якщо, незважаючи на чотириразове повідомлення, результати мною не будуть отримані, центр не несе відповідальності за наслідки цього факту.

Дата _____ Підпис донора _____

Я даю згоду на зберігання в Інституті Гематології та Трансфузіології матеріалу для ізоляції ДНК/РНК або ізованої ДНК/РНК після завершення діагностики, зі збереженням конфіденційності даних, а також для використання моєї ДНК/РНК для наукових досліджень спрямованих на розширення знань про молекулярні основи клітинних антигенів крові та тих, що стосуються заборонених чинників із збереженням анонімності.

ТАК НІ
Даю згоду на здачу крові та її компонентів за плату медичним особам для клінічних цілей, відповідно до ст. 19.1 Закону від 22 серпня 1997 року про публічну службу крові (Законодавчий журнал 2019 р., ст. 1222 із змінами).

ТАК НІ
Я згоден, що плазма, отримана з крові, взятої у мене або отриманої методом аферезу, якщо вона не використовується в клінічних цілях, буде видана для фармацевтичних виробників як сировина для виробництва ліків.

ТАК НІ
Просимо Вас в разі зміни місця проживання (адреси), повідомити про це Центр Донорства та Лікування Крові в Любліні.

Адреса..... номер телефону.....

Дата..... Підпис донора _____

Підпис лікаря, перевіряючого анкету.....

АНКЕТА ДОНОРА

Звертаємо Вашу увагу, що дані, надані вами в анкеті, відповідно до ст. 17 сек. 1 Закону про державну службу крові (Вісник законів від 2019 року, ст. 1222) буде внесено до реєстрів донорів крові, будучи збірником персональних даних, які збираються та обробляються для потреб державної служби крові, розпорядником якої є директор. громадської одиниці крові.

Звертаємо Вашу увагу, що відповідно до ст. 13 сек. 2 Регламенту Європейського Парламенту та Ради (ЄС) від 27 квітня 2016 року про захист фізичних та психічних даних щодо обробки персональних даних та про вільний рух таких даних, а також про скасування Директиви 95/46 / ЄС, ви маєте право контролювати обробку даних про вас, які містяться в реєстрах донорів крові.

Підтверджую, що ознайомилась з інформацією.

Дата

Підпис донора

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ

ДАТА НАРОДЖЕННЯ

PESEL

NUMER DONACJI ..

Інформація про хвороби інфекційна для донорів

Вашу кров перевірять на наявність у вас сифілісу, ВІЛ (СНІД), вірусу гепатиту В (HBV) або вірусу С (HCV). Якщо тест позитивний, переливання крові не буде. Однак для кожної інфекції проходить деякий час від моменту зараження до часу, коли вона стає виявлена за допомогою лабораторних досліджень. У цей період ні в якому разі не можна здавати кров, оскільки вона може бути джерелом інфекції, хоча лабораторні аналізи все одно негативні. Тому не здавайте кров, якщо ви піддалися небезпеці через ризиковані контакти або поведінку.

Ризик створюється :

1. Раніше або в даний час використовували ін'єкційні препарати.
2. Статеві контакти з людьми, які вживають наркотики у вигляді ін'єкцій.
3. Сексуальний контакт з кількома партнерами/партнерами.
4. Статевий контакт з недавно знайомим партнером.
5. Статеві контакти з метою наживи.
6. Сексуальний контакт з людьми, у яких тест на ВІЛ (СНІД), сифіліс або віруси гепатиту В або С (інфекція В або С) дали позитивний результат.

Ми усвідомлюємо, що ставлячи ці запитання, ми входимо у вашу особисту сферу. Однак незначний ризик передачі крові можна зменшити лише в тому випадку, якщо ви, як донор, уважно подумаете про описані тут ситуації та уважно відповісте на запитання. Ваші дані залишаться конфіденційними.

Якщо результати тесту будуть позитивними (вказує на інфекцію), вас повідомить ваш лікар. Крім того, інформація про позитивні результати аналізів буде надана державному повітовому санітарному інспектору згідно з розпорядженням міністра охорони здоров'я від 25 березня 2014 року. про біологічні збудники, що підлягають звітності, зразки бланків позитивних звітів та аналізів на біологічні збудники та обставини звітності (Законодавчий журнал 2014 р., ст. 459 із змінами). Дякую за співпрацю.

Нижче заповнюють лише кандидати до центрального реєстру потенційних неспоріднених донорів кісткового мозку та пупкової крові

Nr rejestracji kandydata do CRNPDSiKP.....

Я даю згоду на обробку моїх персональних даних з метою отримання пожертв від алогенного кісткового мозку та кровотворних клітин периферичної крові, відповідно до ст. 7 Регламенту Європейського парламенту Ради ЄС 2016 / d79 від 27 квітня 2016 року про захист фізичних осіб щодо обробки персональних даних та про вільний рух таких даних, а також про скасування Директиви 95/46 / ЄС (GDPR).

Дата

Підпис донора.

Tak Nie

Прочіть відповіді, закреслюючи потрібний квадрат знаком «X», аби вписуючи дані.

1.	Ви вже здавали кров? Якщо так, то в якому році останній раз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Чи Ви почуваетесь здоровим зараз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Чи лікували Ви зуби протягом 7 останніх днів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Чи хворіли ви протягом останніх 4 тижнів, або залишалися під наглядом лікаря, або мали температуру вище 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	a) Чи вживали Ви протягом останніх 4 тижнів якісь ліки (таблетки, уколи, супозиторії, мазі та інші)? Якщо так, то що і коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Чи приймали ви протягом останніх 2 днів які-небудь ліки, що містять ацетилсаліцинову кислоту (наприклад, аспірин)? Коли? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Чи були ви вакциновані протягом останніх 4 тижнів? Якщо так, то якою вакциною? Коли? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Чи помічали Ви наступні симптоми: a) Зниження маси тіла без відомих причин, b) Лихоманка без відомої причини, c) Збільшення лімфатичних вузлів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Чи хворієте Ви зараз або хворіли, або відчуваєте симптоми однієї з нижче описаних хвороб?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) О захворювання системи кровообігу (гіпертонія), О недуги серця, О серцевий напад, О порок серця, задишка, О церебральний інсульт, Якщо так, то коли?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	b) О шкірні захворювання, О екзема / висип, О алергії, О сінна лихоманка, О астма Якщо так, то коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) О-діабет, О-захворювання крові, О -розлади кровотечі, О -захворювання кровоносних судин, О хвороби нирок, О шлунково-кишкові захворювання, О фізичні захворювання, О нервові захворювання, О захворювання щитовидної залози, О епілепсія, О рак, О остеомієліт, О аутоімунні захворювання Якщо так, то коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) О Кіла О Шкірний токсоплазмоз, О бруцельоз, О туберкульоз, Q мононуклеоз, О хвороба Лайма Якщо так, то коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) О лихоманка, О лихоманка Західного Нілу, О інфекція вірусом Зіка Якщо так, то коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) інші інфекційні захворювання Якщо так, то які і коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	У вас коли-небудь була анафілактична реакція? Коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Чи проходили Ви гастроскопію, колоноскопію, артроскопію, біопсію або інші діагностичні тести протягом останніх 6 місяців? Коли?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Чи коли-небудь (донори вперше) або після останньої здачі крові (донори, які здавали кров кілька разів) Ви перенесли серйозну операцію чи нещасний випадок? Якщо так, то що і коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Чи робили вам коли-небудь переливання крові чи її частинок крові? Якщо так, то що, коли і де (у Польщі чи за кордоном)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ви коли-небудь отримували трансплантацію (наприклад, рогівки або інших тканин)? Якщо так, то які?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ви коли-небудь отримували гормон росту?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Хтось у вашій родині страждає або страждає хворобою Крейтцфельда-Якоба?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tak Nie

Прочіть відповіді, закреслюючи потрібний квадрат знаком «X», аби вписуючи дані

16.	У період з 1 січня 1980 р. по 31 грудня 1996 р. ви перебували загалом 6 місяців або довше на території Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Французької Республіки чи Ірландії?	Q	<input type="checkbox"/>
17.	Чи перебували Ви протягом останніх 12 місяців за межами території Республіки Польща? Якщо так, то де і коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ви проживаєте чи тимчасово перебуваєте в районі, ендемічному для малярії чи інших тропічних захворювань? Якщо так, то коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Чи страждали ви на: О малярію, О інші тропічні хвороби? Якщо так, то коли і для чого?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Протягом останніх 28 днів ви перебували в районах, де відомо, що вірус Західного Нілу був переданий людям? Якщо так, то де і коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Чи були у вас протягом останніх 6 місяців: О тату, О акупунктура, О косметична епіляція, О пірсинг вух або інших частин тіла? О косметичні процедури поєднуються з порушенням шкірних ущільнень? Якщо так, то коли і що? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Чи були у вас якісь хірургічні процедури за останні 6 років? Якщо так, то коли і що?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Протягом останніх 6 місяців або з моменту останньої здачі крові у вас був випадковий контакт з кров'ю людини або органами, забрудненими кров'ю людини? Коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Чи коли-небудь ви хворіли на жовтуху? Якщо так, то коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Чи ризикуєте ви заразитися вірусом гепатиту через тісний контакт (спільне проживання, статевий контакт) з людиною, хворою на вірусний гепатит, або носієм вірусів гепатиту?	Q	<input type="checkbox"/>
26.	Чи мали ви контакти з інфікованою хворою людиною протягом останніх 12 місяців? Коли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Чи мали ви за останні 12 місяців укуси або контакти з тваринами, хворими на сказ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Ви прочитали та зрозуміли «Інформацію про інфекційні захворювання для донорів» (на сторінці 1)?	Q	<input type="checkbox"/>
	a) Чи були у вас ризики зараження (див. «Інформація...»)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Чи були ви заарештовані або перебували у в'язниці протягом останніх 6 місяців?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Чи радили вам коли-небудь НЕ здавати кров?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Чи виконете ви небезпечну роботу (наприклад, водій автобуса, водолаз) чи маєте небезпечне хобі? Якщо так, то що?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Лише для жінок

32.	Чи вагітні ви зараз, чи були ви коли-небудь вагітними (донори вперше) або після останньої здачі крові (багатодонори)? Якщо так, введіть дату доставки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Чи є у Вас менструація? Якщо так, то коли останній раз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	У 1965-1985 роках ви отримували ін'єкції гормонів для лікування безпліддя?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>