

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI:

Imię i Nazwisko.....  
 Data urodzenia..... PESEL..... Nr donacji.....  
 Adres zameldowania..... Kod pocztowy:.....  
 Adres do korespondencji..... Kod pocztowy.....

Informujemy, że podane przez Pana / Panią 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 Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi.

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 94/46/WE przysługuje Panu prawo do kontroli przetwarzania danych, dotyczących Pana / Pani, zawartych w rejestrach dawców krwi.

1) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – [iod@krwiodawstwo.pl](mailto:iod@krwiodawstwo.pl), Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, ul. Franciszkańska 17/25, 91-433 Łódź,

2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesu pobierania krwi lub jej składników od kandydatów na dawców i dawców krwi,

3) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz upoważnieni pracownicy RCKiK w Łodzi,

4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 30 lat,

5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, ograniczenia przetwarzania oraz prawa do przenoszenia danych osobowych,

6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Ministra Zdrowia,

7) podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy przepisu prawa: Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22.08.1997r. z późniejszymi zmianami.

8) konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestniczenia w procesie pobierania krwi lub jej składników,

9) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją

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

### INFORMACJA O CHOROBYCH 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 AIDA), 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 narażeś/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!**

Uprzejmie prosimy o odpowiedź na poniższe pytania, zakreślając kratkę znakiem X przy właściwej odpowiedzi w

1/	a) Czy <b>przeczytał/a</b> i zrozumiał/a Pan/Pani „ <b>Informację dla krwiodawców o chorobach zakaźnych</b> ”?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	b) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia <b>podane w powyższej informacji</b> ?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
2/	Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, w którym roku ostatnio?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

3/	Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
4/	Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne? Jeżeli tak, to jakie i kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
5/	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/i lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę 38°C? (lub wyższą)?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
6/	a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani <b>jakiegokolwiek</b> lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i in.)? Jeżeli tak, to jakie i kiedy?..... (Dotyczy także leków: Proscar® przeciw przerostowi prostaty i Roaccutan®, Isotrex, Aknenormin przeciw trądzikowi).	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	b) Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/Pani <b>jakiegokolwiek</b> lek, którego składnikiem jest kwas acetylosalicylowy (np: aspiryna, Piroxicam (Felden), Polopiryna, Scorbolamid, Etopiryna, i.in.)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
7/	Czy w okresie ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia, w tym p/w wścieklicznie? Jeżeli tak, to kiedy i jakie?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
8/	Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała b) <input type="checkbox"/> nieuzasadnioną gorączkę c) <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych? Jeżeli tak, to kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
9/	Czy choruje Pan/Pani, bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a Pan/Pani dolegliwości ze strony wymienionych poniżej narządów i układów?		
	a) choroby układu krążenia: <input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> duszności <input type="checkbox"/> udar mózgu <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca <input type="checkbox"/> zawał serca Jeżeli tak, to kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	b) choroby skóry i układu oddechowego: <input type="checkbox"/> łuszczyca <input type="checkbox"/> wypryski/wysypka <input type="checkbox"/> uczulenia <input type="checkbox"/> katar sienny <input type="checkbox"/> astma Jeżeli tak, to kiedy?..... Jakie leki aktualnie Pan/Pani przyjmuje?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	c) Inne choroby: <input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> choroby krwi <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych <input type="checkbox"/> nowotwór <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia <input type="checkbox"/> choroby nerek <input type="checkbox"/> choroby nerwowe <input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby tarczycy <input type="checkbox"/> choroby płuc <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku Jeżeli tak, to kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <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"/> mononukleozą zakaźną Jeżeli tak, to kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	e) <input type="checkbox"/> gorączka Q <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu <input type="checkbox"/> zakażenie wirusem Zika <input type="checkbox"/> inne choroby zakaźne Jeżeli tak, to kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	10/	Czy był Pan/Pani narażony/a na zakażenie wściekliczną? Jeżeli tak to kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>
11/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przeżył/a poważny zabieg operacyjny, miał/a wypadek lub szczie rany? Jeżeli tak, to jakie i kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
12/	Czy przeżył/a Pan/Pani kiedykolwiek reakcję anafilaktyczną?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
13/	Czy w ciągu ostatnich <b>6 miesięcy</b> miał/a Pan/Pani wykonywaną gastroscopię, biopsję, artroskopię, rektoskopię, kolonoskopię lub inne badania diagnostyczne? Jeśli tak, to kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
14/	Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani transfuzje krwi lub jej składników? Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą)?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
15/	Czy kiedykolwiek był Pan /Pani leczony preparatami immunoglobulin lub innymi produktami osoczopochodnymi? Jeśli tak to jakimi i kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
16/	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki oka lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to kiedy i jakich?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
17/	Czy był Pan/Pani kiedykolwiek leczony lekami pozyskiwanymi z ludzkiej przysadki mózgowej np. hormon wzrostu? Jeżeli tak to jakimi i kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

18/	Czy używał/a Pan/Pani sterydów np. do kulturystyki? Jeżeli tak to jakich i kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
19/	Czy był/a Pan/ Pani poddany terapii insuliną bydlęcą lub surowicą bydlęcą? Jeżeli tak to jaką i kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
20/	Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba? (odmiana ludzka gąbczastego zwyrodnienia mózgu - TSE).	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
21/	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, Francji, Irlandii, Wyspach Normandzkich, Wyspie Man, na Falklandach lub Gibraltarze?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
22/	Czy po 1 stycznia 1980 r. przebył Pan/Pani operację i/lub terapię krwią/i lub terapię produktem krwiopochodnym w Francji, Wielkiej Brytanii, Irlandii, na Wyspach Normandzkich, Wyspie Man, Gibraltarze czy na Falklandach? Jeżeli tak to w jakim kraju i kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
23/	Czy w ciągu <b>ostatnich 12 miesięcy</b> przebywał/ła Pan/Pani poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej? Jeżeli tak to gdzie i kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
24/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej, Zachodniej lub w Tajlandii? Jeżeli tak to kiedy nastąpił powrót do Polski?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
25/	Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii (patrz mapka) lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak to kiedy?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
26/	Czy chorował/a Pan/Pani na: <input type="checkbox"/> malarię <input type="checkbox"/> inne choroby tropikalne?..... Jeżeli tak, to kiedy i jakie?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
27/	Czy w ciągu ostatnich <b>28 dni</b> przebywał/a Pan/Pani na terenach (patrz informacja dla krwiodawców), gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
28/	Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, to kiedy? .....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
29/	Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny przechodził/a żółtaczkę?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
30/	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
31/	Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt w warunkach domowych z chorym na wirusowe zapalenie wątroby lub nosicielem wirusów zapalenia wątroby?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
32/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan/Pani <b>przypadkowy</b> kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką (zakłucie zanieczyszczoną igłą, prysknięcie krwi na śluzówki)?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
33/	Czy w ciągu <b>ostatnich 6 miesięcy</b> wykonywano u Pana/Pani: <input type="checkbox"/> Tatuaż <input type="checkbox"/> Akupunkturę <input type="checkbox"/> Przekłucie uszu lub innych części ciała <input type="checkbox"/> Zabiegi kosmetyczne połączone z naruszeniem powłok skórnych <input type="checkbox"/> Depilację kosmetyczną Jeżeli tak, to kiedy i jakie?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
34/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
35/	Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? Jeżeli tak, to z jakiej przyczyny? .....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
36/	Czy wykonuje Pan/i niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby? Jakże?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

**Pytania (37-39) wyłącznie dla kobiet**

37/	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.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
38/	Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, proszę podać datę ostatniej miesiączki od .....do.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
39/	Czy w latach 1965 -1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy krwi. Uważam, moja krew nadaje się do celów leczniczych. Świadomy/a odpowiedzialności wynikającej z podania fałszywych danych, które mogą być przyczyną poważnych powikłań u chorych (biorców krwi) prawdziwość powyższych danych w kwestionariuszu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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 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

Wyrażam zgodę na przekazanie do placówek naukowo-badawczych mojego kożuszka leukocyтарно-пłytkowego lub innego materiału biologicznego, pozostającego po rozdziale krwi i nie wykorzystanego do celów leczniczych, z zachowaniem tajemnicy danych, do badań naukowych mających na celu rozszerzenie wiedzy, 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 z późniejszymi zmianami (Dz.U.2017 poz.1371 ze zm.)

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

**Wypełnia**

Krwi Pełnej (450ml.)

Krwi Pełnej dla celu autotransfuzji

**lekarz:**

Osocza metodą plazmaferezy

Próbkki do badań kontrolnych lub kwalifikacyjnych (.....)

Kwalifikuje się do oddania... (rodzaj zabiegu)

Krwinek Czerwonych metodą erytroaferezy

Krwi pełnej dla celów badań konsultacyjnych (EX .....ml.)

Płytek krwi metodą trombaferezy

Inne.....

Nie kwalifikuje się do oddania krwi. Przyczyna .....

Data..... Podpis i pieczętka lekarza.....

**Oświadczenie dawcy/dawczyni**

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 krwi.

- **Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.**

- Zostałem/am poinformowany/a o rodzaju zabiegu i jego częstości oraz o tym, że **w każdej chwili mogę wycofać zgodę** na oddanie krwi lub podjąć decyzję o **samodyskwalifikacji** po oddaniu krwi.

- **Zostałem/am** poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia.

- Otrzymałem w przystępnej formie informacje na temat możliwości przetworzenia oddanego przeze mnie osocza w leki przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych.

- **O każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania (pobytu) zobowiązuję się powiadomić Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi w tym celu by lekarz Centrum mógł mnie zawiadomić w przypadku dodatnich wyników badań wirusologicznych lub informacji istotnych dla mojego stanu zdrowia.**

**Kontakt telefoniczny (Jeżeli wyraża Pan/Pani zgodę) tel.....**

- 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 miejsce miała donacja.

- W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań **zobowiązuję się** do terminowego zgłoszenia się do Centrum Krwiodawstwa. 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.

**Przyjąłem powyższe do wiadomości i wyrażam zgodę na proponowany powyżej zabieg**

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

Oświadczam, że podczas wykonywania badań kwalifikacyjnych oraz zabiegów związanych z oddawaniem krwi, pracownicy RCKiK używali wyłącznie sprzętu do jednorazowego użytku, w tym również jednorazowych rękawic ochronnych. Wymieniony powyżej sprzęt był przeznaczony tylko dla mnie, a pracownik w mojej obecności zakładał nowe rękawice ochronne. Nie mam żadnych zastrzeżeń co do sposobu wykonywania zabiegu.

.....  
Podpis krwiodawcy  
po pobraniu próbki  
krwi do badań

.....  
Podpis krwiodawcy  
po oddaniu krwi  
lub jej składnika

Weryfikacja kwestionariusza: Data..... Podpis i pieczętka osoby sprawdzającej.....