

Wzrost zmiana! oryginal + 21 kope
Asystent
mgr farm. Alicja Baj

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa w Lublinie.	PROTOKÓŁ KONTROLI TEMPERATURY TRANSPORTU	
DOSTAWCA: 1. Nazwa i adres dostawcy (pieczętka): 2. Data i godzina wydania: 3. Rodzaj transportowanego materiału, ilość pojemników/jednostek /opakowań oraz numer dołączonego kwitu wydania 4. Rodzaj urządzenia transportowego: chłodziarka samochodowa/zamrażarka/pojemnik izotermiczny	ODBIORCA: 1. Nazwa i adres odbiorcy (pieczętka): 2. Data i godzina dostarczenia: 3. Temperatura odczytana w chwili dostarczenia: 4. Data, podpis i pieczętka osoby odbierającej:	
KRYTERIA AKCEPTACJI* - DOPUSZCZALNA TEMPERATURA TRANSPORTU		
5. Liczba i rodzaj wkładów chłodzących/mrożonych:	Krew pełna konserwowana do otrzymywania KKP z koż. leukocytarne płytkowych	<input type="checkbox"/> od 20°C do 24°C
6. Numer termometru:	Osocze płynne	<input type="checkbox"/> od 2°C do 10°C
7. Temperatura odczytana po 5 minutach od umieszczenia materiału w urządzeniu transportowym:	Próbkki krwi do badań	<input type="checkbox"/> od 2°C do 8°C <input type="checkbox"/> od 18°C do 22°C <input type="checkbox"/> od 18°C do 25°C <input type="checkbox"/> od 20°C do 24°C <input type="checkbox"/> poniżej -20°C
8. Imię i nazwisko kierowcy:	Koncentrat Krwinek Czerwonych	<input type="checkbox"/> od 2°C do 10°C
9. Rodzaj środka transportu:	Koncentrat Krwinek Płytkowych	<input type="checkbox"/> od 20°C do 24°C
10. Data, podpis i pieczętka osoby wydającej:	Osocze / krioprecypitat	<input type="checkbox"/> poniżej -18°C lecznictwo <input type="checkbox"/> poniżej -20°C frakcjonator
	Produkty krwiopochodne	<input type="checkbox"/> od 2°C do 8°C <input type="checkbox"/> od 0°C do 25°C

*zaznaczyć wymagany zakres temperatur dla transportowanego materiału

L1201 (2)

Ewidencja wydanego ekwiwalentu kalorycznego

~~od: 05.11.2018~~

Zatwierdził A zgodnie z SOP 11/DPP/SP
wersja nr 5 z dn. 06.02.2020

Z-CA KIEROWNIKA
Działu Pobierania i Preparatyki
ds. pielęgnarskiej i ekspedycyjnych
RCKiK w Lublinie

mgr Anna Adamczyk

Magdalena Pacyna
p.o. KIEROWNIKA
Działu Dawców i Ekspedycji

nr 4 (B) c 42dr (4)

p.o. KIEROWNIKA
Działu Dawców i Ekspedycji

ANKIETA DAWCY

Magdalena Pacyna

Testy obojmy
zmienny

Informujemy, że podane przez Pana/Panią w kwestionariuszu dane, zgodnie z art. 17 ust. 1 Ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017r. poz. 1371) 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 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 (żółtaczk 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 pozytywnych wynikach badań (wskazujących na infekcję) zostaniesz o tym poinformowany/a przez lekarza.

Dziękujemy za współpracę.

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 2016r. 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

wzrost w w 4

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 <u>jakiegokolwiek</u> lekarstwa (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 aspirynę lub jakiegokolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia ?..... Jeżeli tak, to jakie ?..... Kiedy ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	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"/>
7.	Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych 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"/> 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 Jeśli tak, kiedy ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/> mononukleozą 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?		
8.	Czy przeżył/a Pan/Pani kiedykolwiek reakcję anafilaktyczną?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonaną gastroscopię, kolonoskopię, artroskopię, biopsję lub inne badania diagnostyczne ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Czy kiedykolwiek (dawcy pierwszorazowi) lub od czasu ostatniego oddania krwi (dawcy wielokrotni) chorował/a Pan/Pani ciężko albo przeżył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek ? Jeśli tak, to jakie i kiedy ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	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"/>
12.	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek) Jeżeli tak, to jakich ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani hormon wzrostu ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	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
15. 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"/>
16. 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"/>
17. 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"/>
18. 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"/>
19. 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"/>
20. 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"/>
21. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani zabiegi chirurgiczne ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę ? Jeżeli tak, kiedy ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Czy jest Pan/Pani narażony/a na ryzyko zarażenia się wirusem zapalenia wątroby (żółtaczkę 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"/>
25. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 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"/>
27. a) Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „Informacje o chorobach zakaźnych dla dawców” (na str.1)? b) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz „Informacja...”) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Czy kiedykolwiek zalecano Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tylko dla kobiet		
31. Czy jest Pani obecnie w ciąży, była w ciąży kiedykolwiek (dawcy pierwszorazowi) lub od czasu ostatniej donacji krwi (dawcy wielokrotni) ? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki z hormonów w celu leczenia niepłodności ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :

- zapoznałam/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 otrzymałam/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 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 oraz na opakowaniach zbiorczych czekolad.

W razie otrzymania zawiadomienia 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 2017r. poz. 1371, 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

W2025
KSIĄŻKA ZGŁOSZENIA NAPRAW GWARANCYJNYCH
OD DNIA ~~02-02-2015~~ r DO DNIA

WZÓW NR 5 ①

Lp.	Data zgłoszenia	Zgłaszający Dział/pracownik samodzielny	Nazwa urządzenia, typ, numer fabryczny/numer inwentarzowy	Przyczyna/opis awarii	Adnotacja o uzyskaniu opinii informatyka o konieczności naprawy * (dot. sprzętu informatycznego)	Podpis, pieczęćka zgłaszającego	Numer i data zlecenia naprawy gwarancyjnej, wystawionego przez DAE data, podpis, pieczęćka pracownika DAE DAE

KIEROWNIK DZIAŁU
ADMINISTRACYJNO-LOGISTYCZNEGO
RCKiK w Lublinie

mgr inż. Michał Kobel

Wzrost 18.5.
2

Numer i termin gwarancji	Informacje dot. zrealizowania zlecenia – data wykonania naprawy, okres przedłużenia gwarancji oraz inne istotne informacje, data, podpis, pieczęćka pracownika DKA DAE	Urządzenie sprawne, przekazane po naprawie do użytkownika			Uwagi:
		data, podpis, pieczęćka pracownika DKA DAE	data, podpis, pieczęćka informatyka*	data, podpis, pieczęćka użytkownika *	

KIEROWNIK DZIAŁU
ADMINISTRACYJNO-EKSPLOATACYJNEGO
RCKIK w Lublinie
mgr inż. Michał Kobieliński

Wzrost m. 6

KSIĄŻKA ZGŁOSZENIA NAPRAW POGWARANCYJNYCH

OD DNIA ~~02-02-2015~~ r DO DNIA.....

WZÓR NR 6

Lp. zgłoszenia	Zgłaszający Dział/pracownia pracownik samiodzielnny	Nazwa urzędu, typ, numer fabryczny/ numer inventarzewy	Przyczyna/opis awarii	Adnotacja o uzyskaniu opinii informatyka o konieczności naprawy * (dot. sprzętu informatycznego)	Działania podjęte przez pracownika DZ DAE (np. przekazanie informacji do DZ, do Informatyka) data, podpis, pieczęćka pracownika DZ DAE	Podpis, pieczęćka zgłaszającego

KIEROWNIK DZIAŁU
ADMINISTRACJO- EKSPLOATACYJNEGO
Rękopis w Lublinie

mgr/inż. Michał Kobel

Wzrost 186.

Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia przez data, podpis, pieczęćka pracownika	Numer i data zlecenia naprawy wystawionego przez data, podpis, pieczęćka pracownika	Informacje dot. zrealizowania zlecenia – numer i data faktury za naprawę oraz inne istotne informacje, data, podpis, pieczęćka pracownika	Urządzenie sprawne, przekazane po naprawie do użytkownika			Uwagi:			
			data, podpis, pieczęćka pracownika	data, podpis, pieczęćka informatyka *	data, podpis, pieczęćka użytkownika				
<i>DOP/DAE</i>	<i>DOP/DAE</i>	<i>DOP/DAE</i>	<i>DOP/DAE</i>	<i>DOP/DAE</i>					

KIEROWNIK DZIAŁU ADMINISTRACYJNO- EKSPLOATACYJNEGO
RCKiK w Lublinie
mgr inż. Michał Kobel



2201 m 7
**Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
w Lublinie**

20-078 Lublin, ul. Żołnierzy Niepodległej 8

NIP 7122427252

REGON 431029412

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



KSIĄŻKA BADAŃ GRUP KRWI

Nr książki:

Badania od nr data

Badania do nr data

10200 1028

Numer badania	Data badania	Data i godzina pobrania próbki (imię i nazwisko osoby pobierającej)	Szpital/ oddział/ odbiorca (nazwisko lekarza kierującego)	Nazwisko i imię PESEL/data urodzenia	Wynik badania		Uwagi
					Grupa krwi	Nieregularne przeciwciała	
				Jeśli pacjent NN: - numer identyfikacyjny (ID) lub - numer księgi głównej	ABO	RhD	

KIEROWNIK
Pracowni Badani Konsultacyjnych
RCKiK w Lublinie
mgr Jolanta Kolińska

Układ ABO				RhD			A		Badanie przeglądowe			Auto - kontrola (jeśli potrzeba)		R - e - a - k - c - j - a - z - e - s - t - a - n - d - a - n - t - y - D		Badanie wykonat (czytelny podpis)	Wynik autoryzował (czytelny podpis)		
Odczynniki monoklonalne		Krwinki wzorcowe			Odczynniki monoklonalne		A ut ok tr odu		PTA		Kontrola ujemnych wyników w PTA (jeśli technika próbówkowa)								
anty-A	anty-B	O	A ₁	A ₂	B	anty-D	anty-D	I	II	III	I	II	III	PTA	BTA				

KIEROWNIK
Pracowni Badań Konsultacyjnych
RCKiK w Lublinie
mgr Jolanta Kaliscka

Wzrost NR 2

KSIĄŻKA BADAŃ GRUP KRWI KRWIODAWCÓW

Nr książki.....

Badania od nr.....data.....

Badania do nr.....data.....

WZJA NR. 8.

KSIĄŻKA BADAŃ GRUP KRWI KRWIODAWCÓW

Strona 1

Numer badania	Data badania	Data i godzina pobrania próbki	Nazwisko i imię PESEL/data urodzenia	Wynik badania	10mm	Uwagi	30mm
20mm	25mm	Data i godzina przyjęcia próbki	Jeżeli pacjent NN numer identyfikacyjny (HN)-tab numer księgi głównej	Grupa krwi ABO	RhD	Nieregularne przeciwciała	55mm
		30mm	Numer donacji (w przypadku dawcy krwi)	20mm	30mm	80mm	
		55mm	110mm				
330mm							250mm

↔

↔

↔

KIEROWNIK
Pracowni Immunologii i Epidemiologicznej Duszpasty
RCKiN w Lublinie

03.09.10
mgr Dorota Łakomiec-Królakowska

KSIĄŻKA PRÓB ZGODNOŚCI

Nr książki:

Badania od nr data

od nr data

Wzrost NR 10

Numer badania	Data badania	Data i godzina pobrania próbki imię i nazwisko osoby pobierającej	Szpital – Oddział/ Odbiorca	nazwisko lekarza kierującego	Nazwisko i imię PESEL / data urodzenia	Grupa krwi ABO i RhD na zleceniu				Numer donacji	Kontrola antygenów ABO i RhD				
						Biorcy		Dawcy			Biorcy anty-		Dawcy anty-		
						ABO	RhD	ABO	RhD	A	B	D	A	B	D

KIEROWNIK
Pracowni Badań Konsultacyjnych
RdKIK w Szpitalu
mgr Jolanta Kolibska

NO20A NA10

Kontrola antygenów u dawcy	Badanie przeglądowe przeciwciał			Kontrola ujemnego PTA jeżeli technika próbawkowa			Surowica białcy + krwinki dawcy		Auto-kontrola (jeśli potrzebna)		BTA Jeśli potrzeba	Wynik (pilna próba zgodności - określenie daty i godziny zakończenia badania)	Reakcje ze standardem anty-D	Uwagi	Badanie wykonane	Badanie autoryzował
	PTA Krwinki wzorcowe	I	II	III	I	II	III	PTA	Kontro- la ujem- nych PTA	Kontro- la ujem- nych PTA						
Anty-	I	II	III	I	II	III	PTA	Kontro- la ujem- nych PTA	PTA	Kontro- la ujem- nych PTA					(czytelny podpis)	(czytelny podpis)

KIEROWNIK
Pracowni Badań Konsultacyjnych
RCKiK w Zablinie
mgr Jolanta Kolibaska

KSIĄŻKA BADAŃ FENOTYPÓW CZERWONOKRWINKOWYCH

Nr książki.....

od nr.....data.....

do nr.....data.....

Książka badań antygenów czerwonych



Strona 1

L.p	Data badania	Nazwisko i imię Data urodzenia/Pesel	Wynik badania	80mm Odczynniki diagnostyczne anty:								25mm			
		Numer donacji		C	c	C ^w	E	e	K	k	ctl				
10mm	20mm	70mm	40mm	10mm											50mm
									25mm						
220mm													275mm		

Książka antygenów czerwonych

Strona 2

180mm																		Badanie wykonalne	Wynik autoryzował
Odczynniki diagnostyczne anty:																			
Kp ^a	Kp ^b	Fy ^a	Fy ^b	Jk ^a	Jk ^b	Lu ^a	Lu ^b	M	N	S	s	P ₁	Le ^a	Le ^b	I	A ₁	H	25mm	25mm
10mm																			
																		20mm	20mm
220mm																			

25mm
50mm
20mm
20mm
275mm

KIEROWNIK

Pracowni Immunologii i Fizjologicznej Biologii
BCKiK Lublin

03.08.20
mgr Dorota Łakomiec-Krolikowska

nr 12

Asystent
mgr farm. Alicja Biał

Książka zamówień na składniki krwi i produkty krwiopochodne

WZD NR 12

Data przyjęcia zamówienia	Godzina przyjęcia zamówienia	Szpital Oddział + imię i nazwisko pacjenta + PESEL pacjenta lub Bank Krwi	Grupa krwi		Ilość	Rodzaj składnika krwi	Istotne dane kliniczne pacjenta/ uwagi	Nazwisko osoby składającej zamówienie	Podpis i pieczęć osoby przyjmującej zamówienie z potwierdzeniem zgodności	Podpis i pieczęć osoby realizującej zamówienie Godzina wydania	Potwierdzenie: zamówienie pisemne/ kopią protokołu kontroli temperatury transportu
			ABO	RhD							

NR 208 DR 12.

Data przyjęcia zamówienia	Godzina przyjęcia zamówienia	Szpital Oddział + imię i nazwisko pacjenta + PESEL pacjenta lub Bank Krwi	Grupa krwi		Ilość	Rodzaj składnika krwi	Istotne dane kliniczne pacjenta/ uwagi	Nazwisko osoby składającej zamówienie	Podpis i pieczęćka osoby przyjmującej zamówienie z potwierdzeniem zgodności	Podpis i pieczęćka osoby realizującej zamówienie Godzina wydania	Potwierdzenie: zamówienie pisemne/ kopia protokołu kontroli temperatury transportu
			ABO	RhD							

Aktuálny zoznam "Księżka hobnorj pmsdel" " DL - PHK

Starszy Asystent
diagnostyki laboratoryjnej
[Signature]
mgr Joanna Pawulska
04.08.2020

WCV 14

KSIĄŻKA BADAŃ
PRACOWNI ~~CZYMNIKÓW ZAKAZIWKÓW~~
~~ORAZ~~ KRWINEK PŁYTKOWYCH
I BIAŁYCH



KROWNIK
Dział Laboratoryjnego
RCKK w Lublinie
mgr Jolanta Korzeniowska

Nr książki:

Badania od nr do nr

001 dwie ... ob dwie ...

KSIĄŻKA EWIDENCYJNA

Nr książki.....

od nr.....data.....

do nr.....data.....

nr 20/1

15

16
16

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa w Lublinie

Dział Laboratoryjny

Pracownia Czynników Zakazanych oraz Krwinek Płytkowych i Białych

KATEDRA
BIAŁEK I
BIAŁYCH
KRWI
KATEDRA
KRWI
KATEDRA
KRWI
mgr Jolanta Korzeniowska

Książka badań płytanych

WZOR NR 16.

L.p.	Data przyjęcia próbki do badań		Imię i nazwisko, PESEL / data urodzenia		Jednostka zlecająca badania	uwagi	
	Data badania	HBsAg Nr s.:	Anty-HIV Nr s.:	Anty-HCV Nr s.:		Test kitowy Nr s.:	Anty-HBs Nr s.:
	Data badania	HBsAg Nr s.:	Anty-HIV Nr s.:	Anty-HCV Nr s.:	Test kitowy Nr s.:	Anty-HBs Nr s.:	Podpis
	Data badania	RNA HCV Nr s.:	RNA HIV Nr s.:	DNA HBV Nr s.:	DNA B19V Nr s.:	RNA HAV Nr s.:	Podpis
	Data badania	HBsAg Nr s.:	Anty-HIV Nr s.:	Anty-HCV Nr s.:	Test kitowy Nr s.:	Anty-HBs Nr s.:	Podpis
	Data badania	RNA HCV Nr s.:	RNA HIV Nr s.:	DNA HBV Nr s.:	DNA B19V Nr s.:	RNA HAV Nr s.:	Podpis

Nr s. - numer serii odczynników użytych do badań

17

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa w Lublinie

Dział Laboratoryjny

Pracownia Czynników Zakaźnych oraz Krwinek Płytkowych i Białych

KEROWNIK
DZIAŁ LABORATORYJNY
RCKiL w Lublinie
mgr Jolanta Korzeniowska

Książka badań bezpłatnych

WZÓR NR 17.

L.p.	Data przyjęcia próbki do badań		Imię i nazwisko, PESEL / data urodzenia		Jednostka zlecająca badania	uwagi	
	Data badania	HBsAg Nr s.:	Anty-HIV Nr s.:	Anty-HCV Nr s.:		Test kilowy Nr s.:	Anty-HBs Nr s.:
	Data badania	RNA HCV Nr s.:	RNA HIV Nr s.:	DNA HBV Nr s.:	DNA B19V Nr s.:	RNA HAV Nr s.:	Podpis
	Data badania	HBsAg Nr s.:	Anty-HIV Nr s.:	Anty-HCV Nr s.:	Test kilowy Nr s.:	Anty-HBs Nr s.:	Podpis
	Data badania	RNA HCV Nr s.:	RNA HIV Nr s.:	DNA HBV Nr s.:	DNA B19V Nr s.:	RNA HAV Nr s.:	Podpis

Nr s. - numer serii odczynników użytych do badań

WUOI (19)

Data	Towar / Usługa	Dostawca	Nr faktury	Kwota do zapłaty	Podpis DEA	Podpis Działu Finansowego
Lp.			Z dnia	Termin zapłaty		

Rejestr faktur.

21

Regionalne Centrum Krowodostwa i Kwioloznictwa
w Lublinie
DZIAŁ ADMINISTRACYJNO-EKSPLOATACYJNY
20-078 Lublin, ul. Żołnierzy Niepodległej 8
tel. centr. 81 532 62 75 w. 118, 163, tel./fax 81 532 89 32

KSIĄŻKA EWIDENCJI KLUCZY

ROZPOCZĘTO: 09 VII 2020

ZAKOŃCZONO:

KIEROWNIK DZIAŁU
ADMINISTRACYJNO-EKSPLOATACYJNEGO
RCKiK w Lublinie
mgr inż. Michał Sobel

N2da PR 21

Imię nazwisko	Numer pokoju	Data pobrania	Godzina pobrania	Godzina zdania	Podpis pobierającego	Podpis portiera	Uwagi

KIEROWNIK DZIAŁU
KIEROWNIK DZIAŁU
ADMINISTRACYJNO-EKSPLOATACYJNY
RCKiK w Lublinie
mgr inż. Michał Kobus

