



Kwestionariusz dla krwiodawców

Wydanie 19 obowiązuje od 03.09.2018 (Załącznik nr 2 do SOP 1002)

Data

Miejsce donacji - właściwe zaznacza rejestratorka

Centrum w Raciborzu lub Terenowy Oddział

Ekipa wyjazdowa

Centrum w Raciborzu lub Terenowy Oddział - w razie awarii systemu komputerowego

WYPEŁNIA RCKIK dotyczy: 1) ekipy wyjazdowej 2) centrum i terenowe oddziały w razie awarii systemu komputer.	Poziom HB	Ciśnienie RR	Badanie fizykalne	Godzina zakończenia donacji	Dawca kwalifikuje się do oddania krwi tak /nie Podpis i pieczętka lekarza
	Pobrać próbkę na morfologię <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	Pobrać próbkę na serologię <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	Czas donacji	Kod urzędnika	Podpis, pieczętka osoby pobierającej donację

WYPEŁNIA KRWIODAWCA DRUKOWANYMI LITERAMI:

Właściwie zaznaczyć krzyżykiem:

Kobieta

/mężczyzna

Dawca pierwszorazowy

/wielokrotny

WYPEŁNIA KRWIODAWCA	Nazwisko		Nazwisko panieńskie		Imię		
	Data urodzenia		Miejsce urodzenia		Imię ojca		
	Miejsce urodzenia		Imię ojca		Imię matki		
	Adres zameldowania						Pesel
	Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica		nr domu		
	Adres korespondencyjny*						Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer
	Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica		nr domu		
Adres pobytu*						Adres e-mail (nie obowiązkowy)	
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica		nr domu		Telefon	

*) Uzupełnić jeśli inny niż adres zameldowania

WYRAŻAM ZGODĘ NA ZABIEG:

- pobrania krwi pełnej ,
- pobrania osocza metodą plazmaferezy automatycznej ,
- pobranie płytek krwi metodą trombaferazy automatycznej ,
- pobrania krwi pełnej na surowicę diagnostyczną ,
- inne

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 oraz na wykorzystanie pobranej ode mnie krwi lub jej składników. Zostałem/am poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia. Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane poniżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne.

Data

Podpis krwiodawcy

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW

Odpowiedź prawidłową proszę zaznaczyć „x”- krzyżykiem. W przypadku pomyłki błędne zaznaczenie oznaczyć kółkiem i podpisać nazwiskiem.

		Tak	Nie
1	Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „informację o chorobach zakaźnych”? (patrz "informacje dla krwiodawców" str.5)		
2	Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia w ciągu ostatnich 12 m-cy (patrz "informacje dla krwiodawców" str.5)		
3	Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?, gdzie?.....		
4	Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a?		
5	Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne?		
6	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C?		
7	Czy przyjmował/a Pan/Pani: a) w ciągu ostatnich 4 tygodni jakiegokolwiek leków (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i inne) w tym izotretinoinę - Roaccutan, leki na prostatę tj. finasteryd (np. Proscar, Apo-Fina, Hyplafin, Finagen, Penester)? kiedy? jakie? z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) w ciągu ostatnich 5 dni aspirynę lub jakiegokolwiek lek, którego składnikiem jest aspiryna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) w ciągu ostatnich 3 lat leki zawierające acytretynę (np.: Acitren, Neotigason),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) w ciągu ostatnich 2 lat leki zawierające etretynat (np.: Tigason).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Czy kiedykolwiek przyjmował Pan/Pani leki lub inne substancje (doustnie lub w postaci iniekcji dożylnych lub domięśniowych) nie zlecone przez lekarza (narkotyki, „dopalacze”, inne substancje psychoaktywne, sterydy wzmacniające mięśnie stosowane w kulturystyce). Jeśli tak to jakie?..... kiedy?.....		
9	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Jeżeli tak, to jakie?..... kiedy?..... a) czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy poddawał/a się Pan/Pani biernemu uodpornieniu surowicami zwierzęcymi? Jeżeli tak, to jakie?..... kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała, b) nieuzasadnioną gorączkę, c) powiększenie węzłów chłonnych		
11	Czy leczy się Pan/Pani w jakiegokolwiek Poradni Specjalistycznej Jeżeli tak to w jakiej?..... gdzie?..... z jakiego powodu?		
12	Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości? a) choroby układu krążenia (nadciśnienie), dolegliwości ze strony serca, zawał serca, duszność, udar mózgu. Jeżeli tak, kiedy?		
	b) choroby skóry, wypryski/wysypka, uczulenia, katar sienny, astma. Jeżeli tak kiedy?.....		
	c) cukrzyca, choroby krwi, przedłużone krwawienia, choroby naczyń krwionośnych, zapalenie kości i/lub szpiku, choroby nerek, choroby przewodu pokarmowego, choroby płuc, choroby nerwowe, choroby tarczycy, padaczka, nowotwór. Jeżeli tak, kiedy?		
	d) kiła, rzeżączka, toksoplazmoza, bruceloza, gruźlica, mononukleozą zakaźną, wścieklizna lub narażenie na zachorowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy (tj. ukąszenie przez zwierzęta). Jeżeli tak, kiedy?		
	e) inne choroby? Jakiej? Kiedy?		
13	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywaną gastroskopię, kolonoskopię lub inne badanie endoskopowe, biopsję, inne badanie diagnostyczne lub szycie rany? Jeżeli tak, to jaki?..... kiedy?..... gdzie?.....		
14	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi przebywał/a Pan/Pani w szpitalu, chorował/a ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jaki?..... kiedy? gdzie?.....		
15	Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję krwi, jej składników lub preparatów krwiopochodnych (albuminy, immunoglobuliny, koncentraty czynników krzepnięcia), czy stałe ma Pan/Pani przetaczane immunoglobuliny lub inne preparaty wytwarzane z osocza. Jeżeli tak, to kiedy? Jaki?..... gdzie?..... (w Polsce czy za granicą)		
16	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki, opony twardej lub innych tkanek) lub czy był Pan/Pani kiedykolwiek leczony preparatami otrzymywanymi z ludzkich przysadek, insuliną bydlęcą lub surowicą bydlęcą. Jeżeli tak, to jakich?		
17	Czy kiedykolwiek otrzymał Pan/Pani hormon wzrostu?		
18	Czy choruje Pan/Pani lub ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpił lub cierpi na chorobę Creutzfeldta-Jacoba?		
19	Czy w okresie od 1 stycznia 1980 r. do 31 grudnia 1996 r. przebywał/a Pan/Pani łącznie przez okres 6 m-cy lub dłużej w Wielkiej Brytanii (Anglia, Walia, Szkocja, Irlandia Północna, Wyspy Normandzkie, Wyspa Man, Falklandy i Gibraltar), Francji lub Irlandii?		

		Tak	Nie
20	Czy przechodził Pan/Pani operację chirurgiczną lub miał przetaczaną krew lub jej składniki lub jakiekolwiek produkty krwiopochodne po 1 stycznia 1980 r. w Wielkiej Brytanii (Anglia, Walia, Szkocja, Irlandia Północna, Wyspy Normandzkie, Wyspa Man, Falklandy i Gibraltar), Francji lub Irlandii?		
21	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?		
22	Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych i zakaźnych przewodu pokarmowego Jeżeli tak, to kiedy? i gdzie?.....		
23	Czy chorował/a Pan/Pani na: malarię, gorączkę Q, Wirus Zachodniego Nilu, inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, kiedy i jakie?		
24	Czy w ciągu ostatnich: a) 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani za granicą? Jeżeli tak, to kiedy?..... i gdzie?..... b) czy miał Pan/Pani w ciągu ostatnich 6 miesięcy kontakty seksualne z osobą powracającą z zagranicy? Jeżeli tak, to kiedy?..... i powrót z jakiego kraju?.....		
25	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał Pan/Pani na terenach gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia wirusa Zachodniego Nilu na ludzi? Jeżeli tak, to gdzie?.....		
26	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: tatuaż, akupunkturę, przekłucie uszu lub innych części ciała depilację kosmetyczną, zabiegi kosmetyczne połączone z naruszeniem powłok skóry? Jeżeli tak, kiedy i jakie?		
27	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? Jeżeli tak, kiedy? gdzie?.....		
28	Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, kiedy?		
29	Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 m-cy przechodził żółtaczkę?		
30	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?		
31	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w zakładzie karnym, areszcie śledczym lub zakładzie poprawczym, schronisku dla nieletnich, albo innym miejscu, w którym przebywają osoby, wobec których zastosowano środki zapobiegawcze o charakterze izolacyjnym.		
32	Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? Jeśli tak to z jakiego powodu?		
33	Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby? Jaką?.....		

TYLKO DLA KOBIEC			
34	Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu		
35	Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?		
36	Czy w latach 1965–1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności		

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. **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 telefonicznego powiadomienia lekarza, który zakwalifikował mnie do oddania krwi.

Data

Podpis krwiodawcy

Data

Podpis i pieczęć osoby kwalifikującej do oddania

INFORMACJE DLA KRWIODAWCÓW

1. Informacja o przeznaczeniu krwi i jej składników

Krew i/ lub jej składniki mogą być przeznaczone do celów leczniczych (przetoczenie biorcy), do frakcjonowania celem przetworzenia jej na leki krwiopochodne lub do celów badawczych - naukowych czy diagnostycznych.

Oświadczam, że otrzymałem/am w przystępnej formie informacje na temat możliwości przetworzenia oddanego przeze mnie osocza w leki w przypadku niewykorzystania go do celów leczniczych.

2. 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 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 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 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. 2014 poz. 332 i Dz. U. 2016 poz. 823).

Data

Podpis krwiodawcy

4. a.* Wyrażam zgodę, aby osocze, uzyskane z pobranej ode mnie krwi pełnej lub pobrane ode mnie metodą aferezy, w przypadku nie wykorzystania go do celów klinicznych, zostało wydane za opłatą do wytwórni farmaceutycznych, jako surowiec do wytwarzania leków.

Data

Podpis krwiodawcy

lub

b.* Nie wyrażam zgody, aby osocze, uzyskane z pobranej ode mnie krwi pełnej lub pobrane ode mnie metodą aferezy, w przypadku nie wykorzystania go do celów klinicznych, zostało wydane za opłatą do wytwórni farmaceutycznych, jako surowiec do wytwarzania leków.

Data

Podpis krwiodawcy

* **podpisać właściwe**

5. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Informujemy, że podane przez Pana/Panią w kwestionariuszu dane, zgodnie z Art. 17, ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. 2014 poz. 332 i Dz. U. 2016 poz. 823) zostaną umieszczone w rejestrach dawców krwi, będących zbiorem danych osobowych, gromadzonych i przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi, których Administratorem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Informujemy, że na podstawie art.32 ustawy o ochronie danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do kontroli przetwarzania danych, dotyczących Pana/Pani, zawartych w rejestrach dawców krwi. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania danych, a nawet ich usunięcia, jeśli są one niekompletne, nieaktualne, nieprawdziwe lub zostały zebrane z naruszeniem Ustawy. W przypadku nieprawidłowych wyników badań oraz dyskwalifikacji stałej lub czasowej Pana/Pani dane zostaną umieszczone w rejestrze dawców zdyskwalifikowanych oraz zostaną o tym fakcie powiadomione odpowiednie instytucje (sanepid, inne placówki służby krwi) zgodnie z obowiązującymi przepisami o publicznej służbie krwi.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przesyłanie do mnie drogą elektroniczną lub SMS informacji na temat oddawania krwi i jej składników w RCKiK w Raciborzu.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższymi informacjami

Data

Podpis krwiodawcy

6. Samowykluczenie dawcy:

Dawca lub kandydat na dawcę krwi może bez podania przyczyny swojej decyzji zrezygnować z oddawania krwi przed zabiegiem lub nawet podczas zabiegu i poinformować pracowników RCKiK w Raciborzu lub Terenowych Oddziałów, że jego krew nie nadaje się do użytku. Samowykluczenie się dawcy może nastąpić w każdej chwili, czyli od momentu rejestracji, poprzez badania kwalifikacyjne, wywiad i badanie lekarskie, cały okres pobierania krwi a także już po oddaniu krwi lub jej składników. Dawcy przysługuje także możliwość powiadomienia RCKiK lub Terenowego Oddziału w formie pisemnej (listownej lub wrzucenia swoich danych do specjalnej skrzynki „**UWAGI DAWCÓW**” znajdującej się w miejscu ogólnodostępnym dla dawców) lub telefonicznej o konieczności wycofania z użytku jego krwi i jej składników w każdym czasie jeżeli krew i jej składniki nie zostały już wykorzystane. (tel. RCKiK w Raciborzu 32 415 20 88, 32 415 34 54, TO w Rybniku 32 42 24 133, TO w Jastrzębiu-Zdroju 32 47 84 337, TO w Wodzisławiu Śląskim 32 746 74 71).

7. Informacja o chorobach zakaźnych

O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi.

Twoja krew zostanie zbadana aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażony(a) kiłą, AIDS, żółtaczką zakaźną B lub C. Jeżeli test wypadnie dodatnio, 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 ona 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 AIDS, kiły lub żółtaczki zakaźnej B lub C wypadły dodatnio.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Twoją sferę prywatną. Jednak niewielkie ryzyko przeniesienia zarażenia 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 oraz zostanie nadana dyskwalifikacja.

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu) zawiadomić o tej zmianie Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu adres 47-400 Racibórz, ul. Sienkiewicza 3a, tel. 32 415 20 88, 32 415 43 54. Przyjmuję do wiadomości iż brak powiadomienia RCKiK w Raciborzu o zmianie adresu zwalnia RCKiK w Raciborzu z odpowiedzialności za niepoinformowanie o nieprawidłowych wynikach badań.

Oświadczam, że podany przeze mnie adres korespondencyjny jest aktualnym adresem, pod który RCKiK w Raciborzu może przesać korespondencję związaną z ewentualnymi nieprawidłowymi wynikami badań wykonywanych po oddaniu przeze mnie krwi. Zostałem poinformowany o konieczności powiadomienia RCKiK o zmianie adresu.

W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań lub o konieczności stawienia się na badanie kontrolne 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.

8. Zostałem w sposób zrozumiały poinformowany o:

- 1) roli krwi w ustroju, przebiegu procesu pobrania krwi, rodzajów składników otrzymywanych z krwi pełnej lub uzyskanych metodą aferezy i ich znaczenia dla biorcy krwi (odpowiednie materiały informacyjne);
- 2) konieczności przeprowadzenia weryfikacji wypełnionego kwestionariusza dawcy krwi, wywiadu medycznego, jak również badań kwalifikacyjnych i diagnostycznych, a także wyrażenia pisemnej zgody na pobranie krwi i jej wykorzystanie zgodnie z celem ustawy;
- 3) możliwości czasowej lub stałej dyskwalifikacji lub samowykluczenia w sytuacji, gdy przetoczenie pobranej krwi mogłoby stworzyć zagrożenie dla biorcy krwi;
- 4) zasad ochrony danych osobowych kandydata na dawcę lub dawcę krwi dotyczących jego tożsamości, stanu zdrowia i wyników badań kwalifikacyjnych oraz wyników badań diagnostycznych;
- 5) sytuacji, kiedy oddanie krwi może nie być wskazane ze względu na stan zdrowia kandydata na dawcę lub dawcę krwi;
- 6) rodzaju zabiegu pobrania krwi (w tym: pobranie allogeniczne lub pobranie autologiczne oraz pobranie krwi pełnej, zabieg aferezy, w szczególności trombaferesa, leukaferesa, erytroafereza i plazmaferesa lub inny zabieg), sposobu jego przeprowadzenia oraz dających się przewidzieć następstw dla stanu zdrowia kandydata na dawcę lub dawcy krwi;
- 7) w przypadku pobrania autologicznego - zostałem/am poinformowany/a o możliwości, że autologiczna krew i jej składniki mogą być niewystarczające na potrzeby zamierzonego przetoczenia krwi (z uwagi na rodzaj planowanego zabiegu), oraz o przyczynach niewykorzystania krwi i jej składników do przetoczenia innym pacjentom.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższymi informacjami

Data

Podpis krwiodawcy

Data

Podpis i pieczętka osoby sprawdzającej

WYPEŁNIA LEKARZ - DYSKWALIFIKACJA W TRAKCIE KWALIFIKOWANIA DAWCY

Dyskwalifikacja stała	Symbol
Opis przyczyny dyskwalifikacji	
Dyskwalifikacja tymczasowa	Symbol
Opis przyczyny dyskwalifikacji	

Podpis i pieczętka osoby sprawdzającej kwestionariusz i kwalifikującej do oddania krwi i/lub jej składnika

Data

Potwierdzam, że zostałem poinformowany o przyczynie dyskwalifikacji oraz o czasie jej trwania.

Data Podpis krwiodawcy

DYSKWALIFIKACJA PO WERYFIKACJI KWESTIONARIUSZA

Dyskwalifikacja stała	Symbol
Opis przyczyny dyskwalifikacji	
Dyskwalifikacja tymczasowa	Symbol
Opis przyczyny dyskwalifikacji	

Podpis i pieczętka osoby weryfikującej kwestionariusz

Data

.....
pieczętka „zweryfikowano”