

RCKiK w Białymstoku		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZJ-PR-01	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 01	Data: 02-10-2023

PROTOKÓŁ NIEWYKORZYSTANIA KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW

Nazwa i adres Banku krwi lub oddziału podmiotu leczniczego dokonującego zwrotu	
Data i godzina dokonania zwrotu do RCKiK	
Nazwa składnika krwi i numer donacji	
Ilość/objętość	
Grupa krwi (jeśli dotyczy)	
Przyczyna reklamacji (jeśli dotyczy osocza, podać sposób rozmrażania):	
Data i godzina pobrania składnika krwi z RCKiK/Terenowego Oddziału*	
Imię i nazwisko, oznaczenie i podpis kierownika Banku Krwi lub osoby upoważnionej do dokonania zwrotu	
Imię i nazwisko, oznaczenie i podpis osoby dokonującej zwrotu (pielęgniarka, lekarz*)	
Imię i nazwisko, oznaczenie i podpis osoby przyjmującej zwrot w RCKiK/TO (pracownik Ekspedycji/dyżurny), data, godzina	
Decyzja o przyjęciu/odrzuconiu reklamacji: (Dział Zapewnienia Jakości) Przyjęto/Odrzucono* Uwagi:	
Data, imienna pieczętka i podpis pracownika DZJ	
Uwagi i decyzja Dyrektora RCKiK (w razie konieczności) data, podpis	

*niepotrzebne skreślić

W przypadku reklamacji krwi lub jej składników konieczne jest dostarczenie do RCKiK:

1. Protokołu niewykorzystania krwi lub jej składników.
2. Protokołu kontroli temperatury przechowywania krwi lub jej składników.
3. Protokołu kontroli warunków transportu krwi lub jej składników.
4. Formularz zgłoszenia wykrytego w podmiocie leczniczym zdarzenia niepożądanego, potencjalnie zwiększającego ryzyko wystąpienia niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej, jednak niezwiązanego bezpośrednio z zabiegiem przetoczenia krwi lub jej składników.

Wszystkie reklamacje krwi lub jej składników traktowane są jako potencjalne zdarzenie niepożądane.

Tylko dostarczenie wszystkich wymienionych załączników stanowi podstawę do przyjęcia reklamacji.

RCKiK w Białymstoku		
Nr wersji: 01	SOP-CKIK-DZJ-PR-01	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 4	Wersja zał. nr: 01	Data: 02-10-2023

PROTOKÓŁ KONTROLI TEMPERATURY PRZECHOWYWANIA KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW

Nazwa i adres Banku krwi lub oddziału podmiotu leczniczego dokonującego zwrotu	
Nazwa Banku Krwi, w którym przechowywano składnik krwi	
Nazwa składnika krwi, numer donacji składnika krwi	
Grupa krwi składnika (jeżeli dotyczy)	
Warunki przechowywania:	
Temperatura przechowywania	
Nazwa i numer lodówki/zamrażarki/inkubatora* #	
Czas przechowywania w lodówce/zamrażarce/inkubatorze* #	
Kopie protokołów kontroli temperatury w okresie przechowywania składnika krwi #	
Data i numer protokołu z ostatniej kwalifikacji urządzenia oraz walidacji procesu przechowywania składników krwi (dotyczącego urządzenia, w którym przechowywano składnik krwi) lub specjalistyczny wskaźnik na pojemniku, potwierdzający prawidłowe warunki przechowywania i transportu #	
Data, podpis i oznaczenie osoby sporządzającej protokół	

* niepotrzebne skreślić

jeśli krew lub jej składniki były przechowywane w różnych urządzeniach w banku krwi, należy podać szczegółowe i kompletne informacje dotyczące wszystkich miejsc przechowywania.

RCKiK w Białymstoku		
Nr wersji: 01	SOP-CKIK-DZJ-PR-01	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 5	Wersja zał. nr: 01	Data: 02-10-2023

PROTOKÓŁ KONTROLI WARUNKÓW TRANSPORTU KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW

Nazwa i adres Banku krwi lub oddziału podmiotu leczniczego dokonującego zwrotu	
Nazwa i adres Banku Krwi zamawiającego lub zwracającego krew lub jej składnik	
Nazwa składnika krwi	
Numer donacji składnika krwi	
Grupa krwi składnika krwi	
Czas trwania transportu (od – do)	
Warunki transportu:	
Temperatura	
Dokładny opis urządzenia zapewniającego właściwą temperaturę transportu (w tym nazwę i numer urządzenia)	
Kopia protokołu kontroli temperatury transportu krwi lub jej składnika z Centrum, które wydało krew lub składnik do odbiorcy	
Data i numer protokołu z ostatniej kwalifikacji urządzenia oraz walidacji procesu w urządzeniu, którego użyto do transportu składnika krwi	
Data, podpis i oznaczenie osoby sporządzającej protokół	

RCKiK w Białymstoku		
Nr wersji: 02	SOP-CKiK-DZJ-O-06	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 01	Data: 02-01-2024

Formularz zgłoszenia wykrytego w podmiocie leczniczym zdarzenia niepożądanego, potencjalnie zwiększającego ryzyko wystąpienia niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej, jednak niezwiązanego bezpośrednio z zabiegiem przetoczenia krwi lub jej składników

Jednostka powiadamiająca	
Numer identyfikacyjny zgłoszenia (wypełnia RCKiK)	
Data zgłoszenia (rok/miesiąc/dzień)	
Godzina zgłoszenia	
Miejsce, w którym zgłoszono nieprawidłowość	
Opis zdarzenia	
Podjęte działania naprawcze	
Osoba zgłaszająca (imię i nazwisko, funkcja, telefon, e-mail)	