**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/odrzuceniu reklamacji:**  (Dział Zapewnienia Jakości) **Przyjęto/Odrzucono\***  Uwagi:  Data, imienna pieczątka i podpis pracownika DZJ | |
| **Uwagi i decyzja Dyrektora RCKiK (w razie konieczności)**  data, podpis | |

**\***niepotrzebne skreślić

**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.

**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 |  |