

|                                                             |                      |                   |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku |                      |                   |
| Nr wersji: 1                                                | SOP-DLiIT/PSBK-PZ-01 | Strona zał. 1 z 2 |
| Załącznik nr: 8                                             | Wersja zał. nr: 1.1  | Data: 15.09.2025  |

**ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY  
ANTY-RhD\***

W CZASIE CIĄŻY ☐

PO PORONIENIU ☐

PO PORODZIE ☐

\* Właściwe zaznaczyć X

DO PRACOWNI SEROLOGICZNEJ BADAŃ KONSULTACYJNYCH (PSBK) RCKiK w GDAŃSKU

Data.....

.....  
Pieczętka jednostki kierującej

**Tryb wykonania badania\*:**  
NORMALNY ☐ PILNY ☐

**DANE CIĘŻARNEJ / MATKI:**

Nazwisko i imię: .....

*Nr księgi głównej/oddziałowej dla pacjenta NN lub niepowtarzalny nr identyfikacyjny*

Data urodzenia .....

PESEL .....

*nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość jeśli brak nr PESEL*

Telefon kontaktowy: .....; adres e-mail: .....

**Potwierdzony wynik grupy krwi\*:** TAK ☐ - należy dołączyć odpis posiadanego wyniku /potwierdzoną kopię  
NIE ☐ - należy wykonać badanie grupy krwi/potwierdzenie grupy

**Podanie immunoglobuliny anty-RhD w czasie obecnej ciąży\*:** NIE ☐

TAK ☐ - data podania ..... ; dawka: ..... (zgodnie z informacją podaną na ..... ) BRAK INFORMACJI ☐

**CIĄŻA\*** pojedyncza ☐; mnoga ☐

**Data porodu:** .....

*(Dzień, miesiąc, rok, godzina i minuta porodu w systemie 24h, w przypadku ciąży mnogiej – także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się)*

.....

*(Dzień, miesiąc, rok, godzina i minuta porodu w systemie 24h, w przypadku ciąży mnogiej – także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się)*

|                                             |                                                          |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| .....<br>Data/ godzina wystawienia zlecenia | .....<br>Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

**Rodzaj materiału do badania\*:** krew: żylna ☐ tętnicza ☐ pępowinowa ☐

\* Właściwe zaznaczyć X

|                                         |                                                         |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| próbki <b>MATKI</b>                     |                                                         |
| .....<br>Data i godzina pobrania próbki | .....<br>Czytelny podpis i pieczętka osoby pobierającej |

|                                         |                                                         |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| próbki <b>DZIECKA</b>                   |                                                         |
| .....<br>Data i godzina pobrania próbki | .....<br>Czytelny podpis i pieczętka osoby pobierającej |

**Wynik przekazać\* :** zostanie odebrany z RCKiK w Gdańsku ☐

\* właściwe zaznaczyć X

|                                                             |                      |                   |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku |                      |                   |
| Nr wersji: 1                                                | SOP-DLiIT/PSBK-PZ-01 | Strona zał. 2 z 2 |
| Załącznik nr: 8                                             | Wersja zał. nr: 1.1  | Data: 15.09.2025  |

### **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 RODO, RCKiK w Gdańsku informuje, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku ul. Hoene Wrońskiego 4, 80-210 Gdańsk, adres e-mail: sekretariat@krew.gda.pl, tel. 58 520 40 20;
2. Kontakt z Administratorem w sprawach związanych z przetwarzaniem danych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy RODO jest dostępny z wykorzystaniem powyższych danych teleadresowych lub z wyznaczonym u Administratora Inspektorem ochrony danych na adres e-mail: iod@krew.gda.pl
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h oraz lit. i, a także art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu świadczenia usług medycznych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej.
4. Odbiorcą Państwa danych osobowych będą:
  - a) Narodowe Centrum Krwi;
  - b) Podmioty lecznicze;
  - c) Osoby upoważnione przez Pacjentkę/Pacjenta w związku z realizacją praw Pacjentki/Pacjenta;
  - d) Państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny – w przypadkach określonych w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. (z późniejszymi zmianami) o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
  - e) Podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi: medyczne, teleinformatyczne, doradcze, audytowe, kontrolne, pocztowe, niszczenia dokumentów,
  - f) Podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane co do zasady przez okres 30 lat.
6. Osobie której dane dotyczą przysługują następujące prawa:
  - a) Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
  - b) Prawo sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych,
  - c) Prawo ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
  - d) Prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy RODO.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne i wynika z przepisów prawa – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. (z późniejszymi zmianami) o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób umożliwiający zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym również w formie profilowania.

**Czytelny podpis pacjentki \*\* .....**

**\*\* podpis konieczny jeśli poród domowy**

### **wypełnia pracownik PSBK**

.....  
Data i godzina przyjęcia próbki

.....  
Numer badania

Podpis osoby przyjmującej badanie:.....