

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)

..... Data/ godzina wystawienia zlecenia	 Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego
---	--

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

* Właściwe zaznaczyć X

próbki MATKI	
..... Data i godzina pobrania próbki	 Czytelny podpis i pieczętka osoby pobierającej

próbki DZIECKA	
..... Data i godzina pobrania próbki	 Czytelny podpis i pieczętka osoby pobierającej

Wynik przekazać* : zostanie odebrany z RCKiK w Gdańsku ☐
e-mail (wyłącznie scan wyniku zabezpieczony hasłem) ☐,

* 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:.....