Załącznik nr 1 do SOP H/35

...............................................................................

(pieczątka jednostki reklamującej składnik krwi)

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI SKŁADNIKA KRWI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa reklamowanego składnika krwi |  |
| Numer donacji |  |
| Grupa krwi |  |
| Ilość/objętość |  |
| Data pobrania składnika z RCKiK |  |
| Data ważności składnika krwi |  |
| Data zgłoszenia reklamacji |  |
| Przyczyna reklamacji |  |
| Pieczątka i podpis Kierownika Banku Krwi  lub osoby upoważnionej do dokonania reklamacji |  |
| Pieczątka i podpis osoby przyjmującej RCKiK Słupsk | ...........................................................................................................  (data i podpis osoby przyjmującej) |

Do zgłoszenia reklamacji należy dołączyć:

1. Kopię rejestru kontroli temperatur przechowywania składnika krwi.
2. Kopię protokołu transportu składnika krwi, jeśli to nie był transport RCKiK.

Wypełnia DZJ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wpływu do DZJ |  | ..........................................................................................  (data i podpis osoby przyjmującej w DZJ) |
| Numer reklamacji |  |