

(pieczętka jednostki reklamującej składnik krwi)

PROTOKÓŁ REKLAMACJI SKŁADNIKA KRWI		Wypełnia osoba zgłaszająca reklamację
Nazwa reklamowanego składnika krwi		
Numer donacji		
Grupa krwi		
Data i godzina otrzymania składnika z RCKiK w Słupsku		
Data i godzina dokonania reklamacji		
Data ważności składnika krwi		
Przyczyna reklamacji		
Pieczętka i podpis Kierownika Banku Krwi lub osoby upoważnionej do dokonania reklamacji		
ZAŁĄCZNIKI (zaznaczyć znakiem X przesłane załączniki- wypełnia pracownik RCKiK przyjmujący reklamację): <input type="checkbox"/> Protokół warunków przechowywania składnika krwi – załącznik nr 3 do SOP-DZJ.13 <input type="checkbox"/> Protokół warunków transportu składnika krwi z BANKU KRWI do RCKiK – załącznik nr 4 do SOP-DZJ.13 <input type="checkbox"/> Kopia rejestrów kontroli temperatur w okresie przechowywania składnika krwi <input type="checkbox"/> Kopia protokołu transportu składnika krwi przy kwicie rozchodowym z RCKiK do BANKU KRWI <input type="checkbox"/> Kopia protokołu walidacji urządzenia, w którym przechowywano składnik <input type="checkbox"/> Kopia protokołu walidacji warunków transportu i/lub kwalifikacji urządzenia, którego użyto do transportu		Wypełnia pracownik DPE
Data, pieczętka i podpis osoby przyjmującej w RCKiK w Słupsku		
UWAGI:		
DECYZJA OSOBY ROZPATRUJĄCEJ REKLAMACJĘ		Wypełnia pracownik DZJ
Numer reklamacji		
Decyzja rozpatrującego reklamację		
Data, pieczętka i podpis osoby upoważnionej do rozpatrzenia reklamacji		
Pieczętka i podpis Dyrektora RCKiK w Słupsku		