**Protokół reklamacji krwi i jej składników numer……..………/rok…………..\*\*\***

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ A- *ZGŁOSZENIE PRZEZ PODMIOT LECZNICZY/PRZYJĘCIE PRZEZ DE*** |
| **I: Dane podmiotu składającego reklamację\*:**1. Nazwa Banku Krwi:……………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………1. Adres Banku Krwi……………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………….1. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej reklamację……………………………………………………………………………………
 |
| **II: Dane dotyczące reklamowanego składnika krwi\*:**1. Rodzaj składnika krwi: ………………………………………………………………………………………………………………………
2. Numer donacji: ………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Objętość: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. Grupa krwi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. Data wydania składnika krwi do podmiotu leczniczego: ……………………………………………………………………..
 |
| **III: Dane dotyczące reklamowanego składnika krwi\*:**1. Przyczyna reklamacji (zaznaczyć właściwe)

BTA dodatnie………………………………………………………………………………………………………………………………….. □Inne reakcje serologiczne………………………………………………………………………………………………………………...□Uszkodzenie pojemnika……………………………………………………………………………………………………………………□Zmiany zabarwienia zawartości pojemnika ……………………………………………………………………………….…… □Obecność skrzepów/strątów, zmętnienia/inne………………………………………………………………………………..□Czytelność etykiet…………………………………………………………………………………………………………………………...□Poprawność danych zawartych na etykiecie…………………….………………………………………………………………□Inne (jakie)……………………………………………………………………………………………………………………………………… □1. Data zgłoszenia reklamacji do RCKiK Wrocław:…………………………………………………………………………………...
 |
| **IV. Załączniki - dołączono\*:**1. Protokół kontroli temperatury przechowywania składnika krwi w Banku Krwi: □ TAK□ NIE
2. Protokół kontroli temperatury transportu składnika krwi: □ TAK□ NIE
3. Inne dokumenty (wymienić): □ TAK□ NIE
 |
| **V: Przyjęcie reklamacji w RCKiK Wrocław:\*\***1. Data i godzina przyjęcia reklamacji: ………………………………………………………………………………………………..….
2. Temperatura w pojemniku transportowym w momencie przyjęcia reklamacji: ……………………………….…
 |

\* Wypełnia pomiot zgłaszający reklamację

\*\* Wypełnia pracownik DE

\*\*\* Wypełnia pracownik DZJ

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ B- *ROZPATRZENIE REKLAMACJI PRZEZ DZJ\*\*\**** |
| **VI: Czynności wykonane przez upoważnionego pracownika DZJ:**1. Kompletność dokumentacji: □ TAK □ NIE
2. W przypadku braku kompletu dokumentacji poinformowano podmiot leczniczy

(kiedy/uwagi): ……………………………………………………………………………………………………□ TAK □ NIE1. Dokumentacja wypełniona prawidłowo: □ TAK □ NIE
2. Data, godzina przeprowadzenia analizy reklamacji: ………………………………………………………………
3. Podpis osoby/osób wykonujących analizę reklamacji: ………………………………………………………..
4. Opis wykonanych czynności w celu rozpatrzenia reklamacji: ……………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….1. Data ostatniej kontroli w podmiocie leczniczym: ………………………………………..………………………..
2. Brak uchybień w stosunku do obowiązujących przepisów dotyczących przechowywania krwi i jej składników: □ TAK □ NIE
 |
| **VII: Wynik podjętych działań:**1. Reklamacja jest: □ ZASADNA □ NIEZASADNA
2. Reklamowany składnik: □ ZNISZCZONO □ ZWRÓCONO DO PODMIOTU LECZNICZEGO
3. Data zniszczenia/przekazania składnika do podmiotu leczniczego……………………………………...
4. Data wysłania protokołu do podmiotu leczniczego……………………………………………………………..
 |
| **VIII: Opis podjętych działań zapobiegawczych i/lub korygujących (jeśli takie podjęto):**1. Opis działań: ………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….1. Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………………………..
 |
| **IX: Sposób rozliczenia reklamacji (zaznaczyć właściwe):**1. Reklamacja uzasadniona:

Wystawienie faktury korygującej:……………………………………………………………………………………… □Wydanie składnika równoimiennego:……………………………………………………………………………….□1. Reklamacja nieuzasadniona:

Obciążenie podmiotu leczniczego kosztami za zniszczenie donacji ………………………………….. □.Wydanie składnika do podmiotu leczniczego……………………………………………………………………□ |
| **Reklamację rozpatrzył:**……………………………………………(data, podpis, pieczątka pracownika DZJ) | **Reklamację zatwierdził**……………………………………………(data, podpis, pieczątka pracownika/kierownika DZJ) |