**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 □ NIE   1. 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) |