

Protokół z kontroli nr P014/2026 rok
przeprowadzonej w ramach nadzoru specjalistycznego z zakresu krwiolecznictwa
w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o. o. w dniu 16.06.2026r.

Cel kontroli:

Realizacja wytycznych ujętych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16 października 2017r. z późniejszymi zmianami w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Osoby kontrolujące:

Gospodarka krwią na oddziałach szpitalnych - lek. Anna Szkwerek-Górska /Kierownik Działu Pobierania Krwi/.

Szpitalny Bank Krwi – mgr Amanda Maj - 'diagnosta laboratoryjny /Asystent, Dział Preparatyki i Ekspedycji Krwi w RCKiK w Bydgoszczy/.

Personel szpitala biorący udział w kontroli:

Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią w szpitalu – lek. Waldemar Włodarski [*specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii*].

Osoba odpowiedzialna za Banku Krwi – mgr Ewa Zarębska [*specjalista laboratoryjnej transfuzjologii medycznej*].

Kontrolą objęto:

1. Gospodarkę krwią w szpitalu.
2. Nadzór nad krwiolecznictwem
3. Organizacja leczenia krwią w oddziałach szpitalnych.

Data poprzedniej kontroli: 26.06.2024r.

Główne zmiany od poprzedniej kontroli:

Zakupiono nowe urządzenie do suchego rozmrażania FFP i krioprecypitatu – Barkey Plasmatherm oraz wytrząsarkę do przechowywania KKP - Helmer.

Realizacja poprzednich zaleceń:

1. Nadal wymagany jest szczegółowy przegląd załączników.
2. W dokumentacji banku krwi w dalszym ciągu widnieje „zamówienie indywidualne na krew i jej składniki” nie ujednolicone z zamówieniami oddziałów szpitalnych.

W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono:**1. Szpitalny Bank Krwi i gospodarka krwią w szpitalu:****1. Personel i organizacja pracy:**

1.1. Kierownikiem Banku Krwi jest mgr Ewa Zarębska (specjalista laboratoryjnej transfuzjologii medycznej). Pozostały personel stanowi 6 diagnostów laboratoryjnych zatrudnionych na umowę o pracę.

1.2. Bank Krwi z Pracownią Serologii działa w ramach Medycznego Laboratorium Analitycznego. Bank Krwi zajmuje 1 pomieszczenie spełniające warunki sanitarne oraz lokalowe, z wydzielonym 1 miejscem do pracy. Wyposażone jest w lodówkę do przechowywania KKCz, lodówkę do przechowywania resztek poprzetoczeniowych, zamrażarkę stanowiącą integralną część urządzenia chłodząco-mrożącego, urządzenie do suchego rozmrażania osocza (Barkey Plasmatherm) oraz wytrząsarkę do przechowywania KKP (Helmer).

Lodówka do przechowywania KKCz oraz zamrażarka nie spełniają wymagań nałożonych przez obowiązujące przepisy. Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2026 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki przechowywania i wydawania krwi i jej składników dla banków krwi oraz z zakresu badań immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w zakładach leczniczych innych niż regionalne centra, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA punktem 4.1.6 „**Należy używać urządzeń wyposażonych w alarm dźwiękowy, w szczególności dotyczy to sprzętu chłodniczego do przechowywania KPK, KKCz, osocza i krioprecypitatu...** Zaleca się, aby były one wyposażone także w alarm wizualny.”

1.3. Procedury SOP, instrukcje, specyfikacje:

W trakcie kontroli sprawdzono następujące procedury obowiązujące w Banku Krwi:

➤ SOP nr 8 - Zasady zamawiania i przyjmowania składników krwi (wersja 9, data wejścia w życie: 10.06.2024 r.) - treść SOP zgodna z obowiązującymi przepisami.

➤ SOP nr 9 - Przechowywanie krwi i jej składników (wersja 9, data wejścia w życie: 10.06.2024 r.) - treść SOP zgodna z obowiązującymi przepisami.

- **stwierdzono niezgodność wersji załącznika nr 1 (Rejestr temperatur sprzętu chłodniczego w °C) - wymagana aktualizacja.**

➤ SOP nr 10 - Zasady wydawania krwi i jej składników do oddziałów szpitalnych (wersja 10, data wejścia w życie: 10.06.2024 r.).

- **wymagana aktualizacja zapisu dotyczącego rozmrażania osocza.**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZJ-O-15	Strona zał. 3 z 12
Załącznik nr 10		

- stwierdzono niezgodność tytułu załącznika nr 2 do SOP nr 10 (w tekście „druk zamówienia dla osocza”, w rzeczywistości „kwit rozchodu składników krwi”), do którego odwołano się w treści procedury – wymagana aktualizacja.
- dołączony do SOP załącznik nr 1 „Zamówienie indywidualne na krew lub jej składniki” ma inną szatę graficzną niż dostarczane do RCKiK zamówienia indywidualne stanowiące załącznik nr 3 do SOP nr 3 wersja 2 – wymagana aktualizacja.
- SOP nr 11 - Postępowanie w przypadku przekroczenia dopuszczalnej temperatury transportu krwi (wersja 6, data wejścia w życie: 10.06.2024 r.)
- wymagana aktualizacja treści procedury zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami.
- stwierdzono brak numeru wersji procedury przy numerze załącznika nr 1 „Protokół przekroczenia dopuszczalnej temperatury transportu krwi” – wymagana aktualizacja.
- SOP nr 12 - Postępowanie w przypadku przekroczenia dopuszczalnej temperatury transportu osocza (wersja 6, data wejścia w życie: 10.06.2024 r.)
- wymagana aktualizacja treści procedury zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami.
- stwierdzono brak wersji procedury przy załączniku nr 1 „Protokół przekroczenia dopuszczalnej temperatury transportu osocza” – wymagana aktualizacja.
- SOP nr 14 – Postępowanie w przypadku awarii lodówki do przechowywania krwi i osocza (wersja 3, data wejścia w życie: 10.06.2024 r.)
- wymagana aktualizacja treści procedury zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami.
- SOP nr 16 - Kwalifikacja urządzeń do przechowywania oraz transportu krwi i jej składników (wersja 4, data wejścia w życie: 10.06.2024 r.)
- wymagana aktualizacja nomenklatury (co 12 miesięcy należy przeprowadzić ponowną walidację warunków przechowywania krwi i jej składników).
- Załącznik nr 4 do SOP nr 16 wersja 4 „Protokół kwalifikacji chłodziarki do przechowywania krwi” wskazuje, że **temperaturę** mierzy się termometrami umieszczonymi na środkowej półce chłodziarki. **Takie ułożenie termometrów stwierdzono również w trakcie kontroli.**

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2026 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki przechowywania i wydawania krwi i jej składników dla banków krwi oraz z zakresu badań immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w zakładach leczniczych innych niż regionalne centra, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA punktem 4.1.8 „**Każde urządzenie do przechowywania krwi i**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZJ-O-15	Strona zał. 4 z 12
Załącznik nr 10		

jej składników musi być wyposażone w co najmniej dwa niezależne mierniki temperatury, rozmieszczone równomiernie w urządzeniu, w taki sposób aby zapewnić kontrolę temperatury we wszystkich punktach urządzenia.”

- stwierdzono nieaktualna wersje procedury przy załącznikach nr 10 „Protokół walidacji transportu osocza z RCKiK z Bydgoszczy w lodówce przenośnej), 11 (Protokół walidacji transportu płytek krwi z RCKiK z Bydgoszczy w lodówce przenośnej” oraz 12 „Rejestr temperatur w pomieszczeniu do przechowywania mikrokolumn i mieszalnika do płytek” – wymagana aktualizacja.

➤ SOP nr 17 - Organizacja Pracowni Serologii Transfuzjologicznej oraz Szpitalnego Banku Krwi (wersja 2, data wejścia w życie: 10.06.2024 r.) – treść SOP zgodna z obowiązującymi przepisami.

➤ SOP nr 33 - Postępowanie w przypadku zwrotu niewykorzystanych składników krwi przez oddziały szpitalne, oraz reklamacji krwi i jej składników z RCKiK w Bydgoszczy (wersja 2, data wejścia w życie: 10.06.2024 r.) - treść SOP zgodna z obowiązującymi przepisami.

- stwierdzono różne numery załączników dla „Protokołu reklamacji krwi: (w tekście procedury – załącznik nr 1 do SOP nr 33 w.2, na załączniku: załącznik nr 1 do SOP nr 18) - wymagana aktualizacja.

- stwierdzono nieaktualną wersję załącznika do którego odwołuje się tekst procedury (w tekście: załącznik nr 2 lub nr 4 do SOP nr 16 w.3, w rzeczywistości aktualnie obowiązuje SOP nr 16 w.4).

➤ SOP nr 34 - Procesy transportu krwi i jej składników (wersja 2, data wejścia w życie: 01.06.2026 r.)

- wymagana aktualizacja treści dotyczących protokołu transportu oraz postępowania ze składnikami krwi w sytuacji awarii karetki.

➤ W banku krwi brakuje procedur dotyczących użytkowania oraz walidowania urządzeń: do suchego rozmrażania osocza - Barkey Plasmatherm oraz wytrząsarki do KKP – Helmer.

➤ W treści SOP brakuje wykazów obowiązujących załączników.

1.4. Podczas kontroli sprawdzono:

1.4.1. Książka przychodów i rozchodów

- Wzór książki przychodów i rozchodów zgodny z RMZ.

- Brak numeru załącznika oraz numeru SOP, do którego załącznik stanowi książka przychodów i rozchodów.

- Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowe nanoszenie poprawek – nanoszenie jednej treści na drugą.

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecnicstwa w Bydgoszczy		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZJ-O-15	Strona zał. 5 z 12
Załącznik nr 10		

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 lica 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne paragrafem 7 pkt 2 **„Poprawek lub zmian w dokumentacji należy dokonywać w taki sposób, aby możliwe było jednoznaczne rozróżnienie danych pierwotnych od danych, które poprawiono lub zmieniono”** pkt. 3 **„Poprawkę lub zmianę należy każdorazowo opatrzyć podpisem osoby, która tę poprawkę lub zmianę wprowadziła...”**.

1.4.2. Kwity wydania składników krwi

- Kwity wydania generowane są w systemie Proflab (załącznik nr 2 do SOP nr 10 w.10)
- Wzór kwitu wydania KKCz zgodny z RMZ.
- **Na kwitach wydania składników krwi niewymagających przed wydaniem wykonania próby zgodności brak miejsca na dokonanie wpisu o dacie i godzinie rozpoczęcia przetoczenia.**

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 lica 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne paragrafem 11 punktem 3 **„W przypadku przetaczania składnika krwi niewymagającego przed podaniem wykonania próby zgodności: osocza, KKP oraz krioprecypitatu, lekarz i uprawniona do tego pielęgniarka albo położna składają swój podpis na druku wydania, który jest wydawany ze składnikiem krwi, z datą i godziną rozpoczęcia przetoczenia.”**

1.4.3. Codzienny rejestr temperatur

- Odczyt temperatury dokonywany jest o godzinach: **7:00, 14:00 oraz 22:00.**
- **Rejestr temperatury pomieszczenia, w którym przechowywane są KKP uwzględnia tylko 1 odczyt temperatury oraz przedstawia nieprawidłowy zakres dopuszczalnej temperatury przechowywania – od 18 do 25 st. C. Ponadto w dniu kontroli prowadzony był rejestr pomieszczenia na nieaktualnej wersji załącznika (Załącznik nr 12 do SOP nr 16 w. 2 – w dniu kontroli obowiązywała wersja 4 danej procedury).**

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2026 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki przechowywania i wydawania krwi i jej składników dla banków krwi oraz z zakresu badań immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w zakładach leczniczych innych niż regionalne centra, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA punktem 4.1.10 **„Każde urządzenie do przechowywania krwi i jej składników powinno posiadać własną dokumentację temperatury. Dokumentacja ta powinna zawierać:**

- 1) Numer identyfikacyjny urządzenia;
- 2) Zakres dopuszczalnej temperatury przechowywania ... (przedział „od ... do:);

- 3) Numer identyfikacyjny urządzenia pomiarowego (sondy itp.);
- 4) **Datę i godzinę pomiaru (co najmniej 3 razy w ciągu doby co 8 godzin);**
- 5) **Wartość temperatury wskazywanej przez 2 mierniki;**
- 6) Podpis i sygnaturę osoby odczytującej i dokonującej wartość pomiaru.

1.4.4. Protokoły walidacji warunków przechowywania KKCz, FFP i krioprecypitatu prowadzone są prawidłowo. **Niekompletna walidacja warunków przechowywania KKP (brak walidacji temperatury pomieszczenia). Walidacja warunków transportu FFP oraz KKP została udokumentowana na nieaktualnych drukach.**

1.4.5. Zapotrzebowania na krew i jej składniki – wzór wykonany zgodnie z obowiązującymi przepisami.

1.4.6. Rejestr zdarzeń i reakcji niepożądanych – W dokumentacji banku krwi brakuje wzoru rejestru zdarzeń i reakcji niepożądanych. Poszczególne zdarzenia niepożądane wypisywane są na pojedynczych „Kartach zdarzeń niepożądanych” (Załącznik nr 4 do SOP nr 2 – **brak wersji procedury na załączniku**).

1.4.7. Szkolenia personelu pracującego w Banku Krwi prowadzone są na bieżąco, potwierdzeniem tego są podpisy na listach pod procedurami oraz listy ze szkoleń wewnętrznych.

1.4.8. Od ostatniej planowej kontroli brak awarii urządzeń do przechowywania składników krwi.

1.5. Coroczna weryfikacja procedur wykonywana jest na bieżąco, co jest prawidłowo udokumentowane pod każdą procedurą.

1.6. W Powiatowym Szpitalu Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o. o. prowadzona jest racjonalna gospodarka krwią i jej składnikami – w 2025 roku z powodu przeterminowania do zniszczenia przekazano 2 j KKCz; w 2026 roku brak zniszczeń składników krwi.

1.7. Wyposażenie i sprzęt – kwalifikacja, dokumentacja techniczna, naprawy, przeglądy:

Bank Krwi jest wyposażony w sprzęt jak opisano w pkt. 1.2. Sprawdzono walidacje urządzeń do przechowywania składników krwi:

- Lodówka do przechowywania KKCz – walidacja wykonana w dniach: 16.10.2025 – 20.10.2025 r. (załącznik nr 4 do SOP nr 16 w.4).
- Lodówka do przechowywania resztek poprzetoczeniowych – walidacja wykonana w dniach: 11.12.2025 – 15.12.2025 r. (załącznik nr 6 do SOP nr 16 w.4).
- Zamrażarka do przechowywania FFP i krioprecypitatu – walidacja wykonana w dniach: 11.10.2025 – 15.10.2025 r. (załącznik nr 2 do SOP nr 16 w.4).
- Wytrząsarka do płytek typ Helmer nr 2151108 – walidacja wykonana przez firmę zewnętrzną w dniu 05.10.2025 r.

1.8. Nadzór nad warunkami transportu dla każdego składnika krwi jest wykonywany poprawnie na bieżąco. Sprawdzono walidacje warunków transportu pojemników transportowych:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZJ-O-15	Strona zał. 7 z 12
Załącznik nr 10		

- Pojemnik transportowy – KKCz – walidacja wykonana w dniach 01.06.2026 do 10.06.2026 r. (załącznik nr 7 do SOP... w 4 – **na druku brak numeru SOP**).

- Pojemnik transportowy – FFP – walidacja wykonana w dniu 11.12.2025 r. (załącznik nr 10 do SOP nr 16 w. 1 – **nieaktualna wersja załącznika**).

- Pojemnik transportowy – KKP – walidacja wykonana w dniu 27.11.2025 r. (załącznik nr 11 do SOP nr 16 w. 1 – **nieaktualna wersja załącznika**).

1.9. Kontroli poddano kluczowe procesy:

1.9.1. Przechowywanie składników krwi i przechowywanie pojemników po przetoczonych składnikach krwi:

- Składniki krwi przechowywane są w prawidłowych warunkach.

- Resztki poprzetoczeniowe przechowywane są w wydzielonej lodówce, w prawidłowej temperaturze przez 72 godziny. **Jednak nie wszystkie skontrolowane resztki poprzetoczeniowe były zabezpieczone przed rozlaniem i wtórnym zakażeniem.**

Zgodnie z „Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne” par. 12 ust. 18 „**Pojemniki z pozostałością krwi lub jej składnika po przetoczeniu wraz z zestawami do przetoczenia, opisane datą i godziną zakończenia przetoczenia, należy przechowywać w temperaturze od 2°C do 6°C przez 72 godziny w specjalnie do tego celu przeznaczonej chłodziarce, a następnie zutylizować**” oraz ust. 19 „**Pojemniki, o których mowa w ust. 18, muszą być odpowiednio zabezpieczone przed rozlaniem i wtórnym zakażeniem**, chłodziarki przeznaczone do ich przechowywania muszą podlegać wstępnej i okresowej kwalifikacji, a proces przechowywania – systematycznej walidacji.”.

1.9.2. Składanie zamówień na składniki krwi – prawidłowe.

1.9.3. Wydawanie składników krwi na oddziały – uwagi w punkcie 1.4.2 protokołu.

1.9.4. Proces rozmrażania osocza i krioprecypitatu.

Sprawdzono walidacje urządzenia Barkey Plasmatherm nr 1118470 – walidacja wykonana przez firmę zewnętrzną w dniu 05.12.2025 r.

1.9.5. Zwroty i reklamacje – zgodnie z SOP bank krwi nie przyjmuje zwrotów z oddziałów szpitalnych.

Dokumenty dotyczące reklamacji składników krwi - prawidłowe.

Gospodarka składnikami krwi w ramach Szpitalnego Banku Krwi prowadzona prawidłowo.

2. Nadzór nad krwiolecznictwem

2.1. Krótki opis podmiotu leczniczego:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZI-O-15	Strona zał. 10 z 12
Załącznik nr 10		

3.3.3. Oddział Intensywnej Terapii:

3.3.3.1.

Rozpoznanie:

Wskazania do zabiegu: Niskie stężenie hemoglobiny [Hgb 7,9g/dl].

W dniu 06.2026 pacjent miał przetoczone 2j. KKCz bez powikłań. Uzyskano wzrost [Hgb 10,1 g/dl]

Transfuzje zasadne.

Poza tym dokumentacja transfuzji jest zgodna z przepisami.

Pielęgniarka biorąca udział w toczeniu w czasie toczenia miała aktualne zaświadczenie nr [REDACTED] ważne do 11.2026r. potwierdzające odbycie obowiązkowego szkolenia z zakresu krwiolecznictwa w placówce publicznej służb krwi. Pielęgniarki i lekarze odpowiedzialni za transfuzję, w tym [REDACTED], nie zostali przeszkoleni zgodnie z aktualnie obowiązującą procedurą dotyczącą krwiolecznictwa. Posiadali szkolenie przeprowadzone na podstawie procedury SOP 3 wersji 5 z dnia 01.06.2022r., która była już nieaktualna.

3.4. Uprawnienia pielęgniarek/położnych do wykonywania zabiegów przetaczania krwi:

Do przetaczania krwi upoważnianych jest 82 pielęgniarek z Oddziału Chorób Wewnętrznych z Intensywną Opieką Kardiologiczną, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz z Intensywnej Terapii.

Pielęgniarki ze wszystkich kontrolowanych oddziałach miały aktualne zaświadczenia dotyczące szkolenia z zakresu krwiolecznictwa. Listy były weryfikowane przez kierownika podmiotu leczniczego [RMZ §3 ust. 3].

3.5 Zapotrzebowania imienne na składniki krwi dla pacjentów:

Skontrolowano łącznie 40 zamówień, zamówienia na KKCz, wypełnione było prawidłowo, kilka zamówień na FFP wypełnione nieprawidłowo (brak wskazania do zabiegu transfuzji). Druk na zamówienie był jednolity dla wszystkich Oddziałów.

Podsumowanie:

Gospodarka krwią w szpitalu i organizacja leczenia krwią w oddziałach szpitalnych są zgodne z wymogami zawartymi w RMZ z dnia 16 października 2017r. wraz z późniejszymi zmianami w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ale wymagają modyfikacji.

Zalecenia pokontrolne:

KRYTYCZNE: brak.

DUŻE:

1. Należy zwiększyć nadzór nad dystrybucją i szkoleniem z procedur w oddziałach szpitalnych, m. in. niezwłocznie zapewnić dostępność na wszystkich oddziałach szpitalnych aktualne

wersje procedur i przeszkolić z nich personel wykonujący transfuzję. Szkolenie należy udokumentować. Należy używać tylko procedur i druków aktualnie obowiązujących. Po wejściu w życie nowej procedury należy usunąć z obiegu nieaktualne załączniki.

INNE ZNACZĄCE:

1. Należy prowadzić nadzór nad zapisami na drukach zapotrzebowania na krew i jej składniki.
2. Należy doposażyć Bank Krwi w urządzenia do przechowywania składników krwi spełniające wymogi Obwieszczenia Ministra Zdrowia – punkt 1.2 protokołu.
3. Należy zaktualizować Standardowe Procedury Operacyjne zgodnie punktem 1.3 protokołu.
4. Należy przeszkolić personel szpitalnego banku krwi z zakresu prawidłowego nanoszenia poprawek – zgodnie z punktem 1.4.1 protokołu.
5. Należy zaktualizować kwit wydania zgodnie z punktem 1.4.2 protokołu.
6. Należy zaktualizować karty kontroli temperatury zgodnie punktem 1.4.3 protokołu.
7. Resztki poprzetoczeniowe przekazywane z oddziałów szpitalnych do banku krwi muszą być odpowiednio zabezpieczone przed rozlaniem i wtórnym zakażeniem – zgodnie z punktem 1.9.1 protokołu.
8. Numery poszczególnych załączników powinny zawierać numer SOP oraz numer wersji SOP.
9. Do każdej SOP powinien zostać opracowany wykaz obowiązujących załączników.
10. Wzór książki przychodów i rozchodów powinien stanowić załącznik do procedury.

SUGESTIE:

1. Do rozważenia przegląd wszystkich procedur dotyczących krwiolecznictwa obowiązujących w szpitalu.
2. Opracowanie po jednej uniwersalnej wersji: protokołu walidacji warunków przechowywania składników krwi; protokołu walidacji warunków transportu składników krwi oraz karty codziennej kontroli temperatury przechowywania składników krwi ułatwi nadzór nad aktualnością stosowanych druków.
3. Po wprowadzeniu nowej wersji SOP należy zaktualizować również wersje procedur, do których odwołania znajdują się w treści innych SOP. Ułatwieniem może być uogólnienie numerów SOP w treści procedury (podanie numeru procedury bez podania wersji lub dopisek „aktualna wersja”).

Ew. uwagi dotyczące terminu i sposobu realizacji zaleceń:

Jeden egzemplarz protokołu z kontroli po podpisaniu przez dyrektora podmiotu prosimy w ciągu 14 dni przestać zwrócić do RCKiK w Bydgoszczy.

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZJ-O-15	Strona zał. 12 z 12
Załącznik nr 10		

Podmiot leczniczy ma możliwość zgłoszenia sprzeciwu (uwag) do protokołu w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania.

Dokumentację dotyczącą realizacji zaleceń należy przestać do RCKiK w Bydgoszczy w terminie do 30 dni od otrzymania powyższego protokołu.

Termin realizacji zaleceń niezwłocznie, jednak nie później niż do 31.10.2026 r.

2026 -07- 0 2

2026 -07- 0 2

mgr Amanda Maj

asystent

.....
Data, podpis i pieczęć osób kontrolujących

.....
Data, podpis i pieczęć Dyrektora podmiotu leczniczego