

504

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 5 sierpnia 1937 r.

o krwiodawcach.

Na podstawie art. 11 ust. (1) lit. b) ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr 27, poz. 198) zarządzam co następuje:

§ 1. Oddawać swą krew do przetwarzania mogą wyłącznie osoby zarejestrowane w instytucji upoważnionej do tego na mocy zezwolenia Ministra Opieki Społecznej; zezwolenie to może być cofnięte według swobodnego uznania Ministra Opieki Społecznej.

§ 2. (1) Każda instytucja (§ 1) powołuje komisję lekarską złożoną z 3 osób. Skład komisji podlega zatwierdzeniu właściwego wojewody.

(2) Zadaniem komisji jest:

- a) badanie stanu zdrowia krwiodawców i kandydatów na krwiodawców,
- b) ustalanie grupy krwi kandydatów.

§ 3. (1) Instytucja (§ 1) rejestruje kandydata na jego prośbę na podstawie jednogłosego orzeczenia komisji lekarskiej stwierdzającego, że kandydat nadaje się na krwiodawcę.

(2) Krwiodawcą może być wyłącznie osoba mająca ukończone 21, a nie przekroczone 45 lat.

§ 4. (1) Krwiodawca pozostaje pod stałą kontrolą lekarską instytucji, w której jest zarejestrowany.

(2) Kontrola polega na badaniu krwiodawcy:

- a) przez komisję (§ 2) — nie rzadziej niż co pół roku,
- b) przez jednego lekarza — nie rzadziej niż co 6 tygodni.

(3) Krwiodawca obowiązany jest zawiadomić niezwłocznie instytucję, w której jest zarejestrowany, o wszelkich zauważonych u siebie objawach chorobowych.

(4) Krwiodawca podlega skreśleniu z rejestru instytucji według uznania komisji lekarskiej.

§ 5. (1) Instytucja, w której krwiodawca jest zarejestrowany, jest obowiązana wystawić mu legitymację z fotografią według załączonego wzoru (zał. Nr 1).

(2) Legitymacja ta jest ważna w ciągu 6 miesięcy od ostatniego badania komisyjnego.

(3) Lekarz może dokonać zabiegu przetoczenia krwi dopiero po przedłożeniu mu przez krwiodawcę ważnej legitymacji. Po zabiegu lekarz obowiązany jest własnoręcznie wypełnić i podpisać rubrykę legitymacji „protokół przetoczenia krwi”.

§ 6. Instytucje rejestrujące krwiodawców (§ 1) prowadzą ich kartoteki według załączonego wzoru (zał. Nr 2), przy tym dla krwiodawców grupy krwi 0 (zero) będą używane białe karty, dla grupy krwi A — zielone, dla grupy krwi B — brązowe, dla grupy AB — czerwone.

§ 7. Przepisom rozporządzenia niniejszego nie podlegają osoby dające swą krew do przetoczenia dla osób najbliższych i bliskich (art. 91 § 1 i 2 kodeksu karnego), bądź w przypadkach nagłych.

§ 8. Nadzór nad instytucjami określonymi w § 1 sprawują wojewódzkie władze administracji ogólnej.

§ 9. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Opieki Społecznej:

Marian Zyndram-Kościałkowski

Załącznik Nr 1.

Załączniki do rozp. Min. Opieki Społ.
z dn. 5 sierpnia 1937 r. (poz. 504)

Format C₇ (81×114 mm).

Strona I.

Strona II.

| | |
|-----------------------------|---|
| <p>Miejsce na pouczenia</p> | <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 150px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Miejsce na fotografię</p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">Grupa krwi</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">..... Podpis właściciela</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Legitymacja niniejsza została wydana krwiodawcy, odpowiadającemu wymaganiom przepisów rozp. Ministra Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1937 r. o krwiodawcach (Dz. U. R. P. Nr 66, poz. 504) 2. Legitymację wydaje się po stwierdzeniu tożsamości danej osoby na podstawie dowodu osobistego. |
|-----------------------------|---|

Strona III.

Strona IV.

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Miejsce na pieczęć nagłówkową oraz adres instytucji.</p> | <p>Wzrost:..... kolor oczu:.....</p> <p>waga: kolor włosów:.....</p> <p>Znaki szczególne:</p> <p>..... dnia..... 193..... r.</p> | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">LEGITYMACJA Nr.....</p> <p>P. Nazwisko i imię krwiodawcy</p> <p>.....</p> <p>Data urodzenia:.....</p> <p>Ważność legitymacji przedłuża się do:</p> | <p style="text-align: center;">Pieczęć Podpis kierownika instytucji</p> | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| <p>Uwaga: Przedłużenie ważności legitymacji powinno być zaopatrzone w pieczęć instytucji i podpis jej kierownika.</p> | | | | | | | |

Strona V i następne do XVI.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Protokół przetoczenia krwi | |
| Wypełnia lekarz | Dr..... |
| | zamieszkały: |
| | Data i miejsce przetoczenia krwi:..... |
| | |
| | Ilość przetoczonej krwi:..... |
| | Podpis lekarza |
| Protokół przetoczenia krwi | |
| Wypełnia lekarz | Dr..... |
| | zamieszkały: |
| | Data i miejsce przetoczenia krwi:..... |
| | |
| | Ilość przetoczonej krwi:..... |
| | Podpis lekarza |

Załącznik Nr 2.

Format A₅ (148 × 210 mm).

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------|-----------------------|-------------------------|
| Nazwisko i imię krwiodawcy | | Data urodzenia | Zawód | Nr legitymacji | | | | | |
| Dokładny adres | | Grupa krwi | | Gdzie określono | | | | | |
| Badania wewnętrzne | | Badania wenerologiczne | | Badania neurologiczne | | Badania serologiczne | | Dokonane przetaczenie | |
| Data | Wynik badania i podpis badającego | Data | Wynik badania i podpis badającego | Data | Wynik badania i podpis badającego | Data | Wynik badania | Data | Ilość przetoczonej krwi |
| | | | | | | | | | |

U w a g a: Strona odwrotna przeznaczona na dokonywanie zapisów badań 6-tygodniowych.