

Kwestionariusz dla krwiodawców RCKiK Opole (Wersja 9)

Imię i nazwisko Nr donacji

Data i miejsce urodzenia PESEL.....

Informacja o chorobach zakaźnych dla krwiodawców

O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi ?

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażony/a kiłą, AIDS, żółtaczką zakaźną B lub C. Jeśli test wypadnie dodatnio, nie zostanie przetoczona. Jednak przy każdej infekcji pomiędzy momentem zakażenia i chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie go drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie w żadnym przypadku nie wolno oddawać krwi, ponieważ może być źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne.

Nie oddawaj więc krwi, jeżeli przez ryzykowne kontakty lub zachowania naraziłeś/aś się na niebezpieczeństwo.

Ryzyko stwarzają:

1. Wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
2. Kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki w postaci zastrzyków.
3. Kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami.
4. Kontakty seksualne z partnerem/partnerką, których znasz od niedawna.
5. Kontakty seksualne w celu zarobkowym
6. Kontakty seksualne z osobami, u których testy w kierunku AIDS, kiły, lub żółtaczki zakaźnej B lub C wypadły dodatnio.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Twoją sferę prywatną. Jednak niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia drogą krwi można dalej zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą dokładnie przemyślisz opisane tu sytuacje i skrupulatnie odpowiesz na postawione pytania.

Twoje dane będą traktowane poufnie. Przy pozytywnych wynikach badań (wskazujących na infekcję) zostaniesz o tym poinformowany/a przez lekarza.

Dziękujemy za współpracę.

TAK NIE

1. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, w którym roku ostatnio?
2. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a?
3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne?
4. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C?
5. a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani leki (tabletki, zastrzyki, czopki)?
(Dotyczy także leków Proscar ® przeciw przerostowi prostaty i Roaccutan ® przeciw trądzikowi)
Jeżeli tak, to jakie
- b) Czy w ciągu ostatnich 3 dni przyjmował/a Pan/Pani piroxicam (Felden), aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna?
6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia?
Jeżeli tak, jakie? **Kiedy?**
7. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała,
b) nieuzasadnioną gorączkę, c) powiększenie węzłów chłonnych?
8. Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości?
a) choroby układu krążenia (nadciśnienie), dolegliwości ze strony serca, zawał serca,
 duszność, udar mózgu **Jeżeli tak, kiedy?**
- b) choroby skóry, wypryski/wysypka, uczulenia, katar sienny, astma
Jeżeli tak, kiedy?
- c) cukrzyca, choroby krwi, przedłużenie krwawienia, choroby naczyń krwionośnych,
 choroby nerek, choroby przewodu pokarmowego, choroby płuc, choroby nerwowe,
 choroby tarczycy, padaczka, nowotwór, **Jeżeli tak, kiedy?**
- d) kiła, rzeżączka, toksoplazmoza, bruceloza, gruźlica, mononukleoza zakaźna
Jeżeli tak, kiedy?
9. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywaną gastroscopię, biopsję lub inne badanie diagnostyczne?
Jeżeli tak, to jaki?
10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przeżył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? **Jeżeli tak, to jaki i kiedy?**
11. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję krwi lub jej składników?
Jeżeli tak, to jakie i kiedy?
12. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogowki lub innych tkanek)?
Jeżeli tak, to jakich?
13. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani hormon wzrostu?
14. Czy otrzymał/a Pan/Pani transfuzję lub był operowany na terenie Wielkiej Brytanii lub Irlandii Północnej po 1.01.1980r.
15. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba?

TAK NIE

16. Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a Pan/Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii?
17. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?
18. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? **Jeżeli tak, to kiedy?**
19. Czy chorował/a Pan/Pani na: malarię, inne choroby tropikalne? **Jeżeli tak, kiedy i jakie?**
20. Czy przebywał/a Pan/Pani w okresie od 1 czerwca do 30 listopada bieżącego roku w Kanadzie, USA lub Meksyku?
21. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?
22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani:
 tatuaż, akupunkturę, depilację kosmetyczną, przekłucie uszu lub innych części ciała?
Jeżeli tak, kiedy i jakie?
23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką?
24. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? **Jeżeli tak, kiedy?**
25. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?
26. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?
a) Czy przeczytał i zrozumiał Pan/Pani „Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców”?
b) Czy był/a Pan/Pani narażona na ryzyko zakażenia (patrz „Informacja...”)?
27. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub w więzieniu?
28. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi ?
29. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma inne niebezpieczne hobby?

Tylko dla kobiet

30. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi? **Jeżeli tak, proszę podać datę porodu**
31. Czy Pani miesiączkuje? **Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?**
32. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?

Wyrażam zgodę na zabieg:

- pobrania krwi pełnej
- pobrania osocza metodą plazmaferezy manualnej
- pobrania osocza metodą plazmaferezy automatycznej
- pobrania krwinek płytkowych metodą trombaferezy automatycznej
- pobrania krwinek białych metodą leukaferazy automatycznej
-

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o rodzaju zabiegu i jego częstotliwości oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na oddanie krwi. Zostałem/am poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia. Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy krwi. Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.

W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od zakończenia donacji jakichkolwiek objawów chorobowych, zobowiązuję się do telefonicznego powiadomienia lekarza, który zakwalifikował mnie do oddania krwi.

Data

Podpis krwiodawcy

Upriejmy prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), która nastąpiła w ciągu trzech miesięcy od oddania krwi, zawiadomić o tej zmianie Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w

Adres

telefon

Informujemy, że podane w ankiecie dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, którego administratorem jest Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Na podstawie Art. 32 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997r. Nr 133 poz. 883) przysługuje Panu/Pani prawo do uzyskania informacji dotyczących zbioru danych osobowych oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych.

Potwierdzam, że zapoznałem się z powyższą informacją.

Data

Podpis krwiodawcy

Data

Podpis osoby sprawdzającej