



Nazwisko i Imię: Pesel:

Data i miejsce urodzenia: Telefon:

A. CZEŚĆ INFORMACYJNA – to musisz wiedzieć przed oddaniem krwi :
1. Informacja o chorobach zakaźnych dla krwiodawców:

Dawco, Twoja krew zostanie zbadana, by stwierdzić, czy nie jesteś zakażony/a kiłą, wirusem HIV, wirusem HBV lub HCV (żółtaczką zakaźną typu B lub C). Dodatkowo bądź reaktywne wyniki testów wykonanych w RCKiK w kierunku wykrycia powyższych patogenów spowodują wykluczenie /stałe, czasowe/ Ciebie z grona dawców krwi, oraz zniszczenie pobranej jednostki. Pamiętaj, że pomiędzy momentem zakażenia a chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie jej drogą badań laboratoryjnych upływa pewien okres czasu. Dlatego w tym okresie w żadnym przypadku NIE wolno oddawać krwi, ponieważ może być ona źródłem zakażenia, chociaż wyniki testów laboratoryjnych są jeszcze ujemne. Nie oddawaj więc krwi, jeżeli przez ryzykowne kontakty lub zachowania naraziłeś/łaś się na niebezpieczeństwo zakażenia.

Ryzyko stwarzają:

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

2. Informacja o samodyskwalifikacji:

Dawco, mimo że podjąłeś decyzję o oddaniu krwi informujemy, że możesz bez podania przyczyny zrezygnować z oddawania krwi w każdej chwili, czyli od momentu rejestracji poprzez badania laboratoryjne, badania lekarskie, czy cały okres pobierania. Możesz również dokonać samodyskwalifikacji po oddaniu krwi lub jej składników w formie pisemnej na ogólnodostępnym druku o samodyskwalifikacji. Możliwe jest również całodobowe telefoniczne powiadomienie o samodyskwalifikacji pracownika RCKiK w Opolu. (całodobowe numery telefonów: 77 4410600 lub 77 4410700).

3. Informacja o wystąpieniu objawów chorobowych po donacji:

Dawco, jeśli w ciągu 48 godzin od donacji wystąpiły u Ciebie jakiegokolwiek objawy chorobowe prosimy o telefoniczne powiadomienie o tym fakcie RCKiK w Opolu (całodobowe numery telefonów: 77 4410600 lub 77 4410700).

4. Informacja o stosowaniu przez personel medyczny sprzętu jednorazowego użytku i rękawic ochronnych:

Informujemy, że podczas wykonywania badań kwalifikacyjnych oraz zabiegów związanych z oddawaniem krwi, personel pobierający krew używa wyłącznie sprzętu jednorazowego użytku w tym również rękawic ochronnych. Sprzęt przeznaczony jest tylko dla Ciebie, a osoba pobierająca w Twojej obecności zakłada rękawice ochronne przeznaczone tylko dla Ciebie.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, że wyżej wymienione czynności zostały wykonane niezgodnie z informacją powinieneś niezwłocznie wyjaśnić je z personelem i zgłosić zaistniałe niezgodności w formie pisemnej w miejscu do tego przewidzianym - tj. w części **D.** kwestionariusza - „ZGŁOSZENIE NIEZGODNOŚCI”.

Niezgłoszenie wątpliwości będzie traktowane jako potwierdzenie, że procedura pobierania krwi przebiegała bez zastrzeżeń.

5. Informacja o ochronie danych osobowych:

Informujemy, że podane przez Pana/ią dane zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, których administratorem jest RCKiK Opole dla potrzeb publicznej służby krwi zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z 1997 roku, z późniejszymi zmianami). Jednocześnie informujemy, że przysługuje Panu/i prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania danych, a nawet ich usunięcia, jeśli są one niekompletne, nieaktualne, nieprawdziwe lub zostały zebrane z naruszeniem Ustawy.

Adres administratora danych:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu, 45-372 Opole ul. Kośnego 55.

6. Informacja o przeznaczeniu pobranej donacji krwi i/lub jej składników:

Krew lub jej składniki mogą być przeznaczone do celów terapeutycznych (przetoczenie biorcy), lub do użytku nieterapeutycznego. Jeżeli donacja nie będzie mogła być przeznaczona do użytku terapeutycznego, może zostać przeznaczona do frakcjonowania celem jej przetworzenia na leki krwiopochodne, lub do celów badawczych, naukowych czy diagnostycznych.

(Artykuł 2. Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 roku z późniejszymi zmianami).

B. CZEŚĆ MEDYCZNA:

Aby przygotować się do wywiadu z lekarzem kwalifikującym prosimy o wypełnienie poniższej ankiety medycznej. Zdajemy sobie sprawę, że zadając poniższe pytania wkraczamy w Twoją sferę prywatną. Dążąc do minimalizacji ryzyka przeniesienia zakażenia drogą krwi prosimy być po przemyśleniu skrupulatnie i zgodnie z prawdą odpowiedział/a na postawione pytania. Udzielenie odpowiedzi na pytania jest obowiązkowe, jednakże gdy nie jesteś pewny/a odpowiedzi, przejdź do następnego pytania, a swe wątpliwości przedyskutuj z lekarzem kwalifikującym.

Dziękujemy Państwu za współpracę

TAK NIE (*Prosimy zaznaczyć odpowiedź prawidłową. W razie pomyłki błędne zaznaczenie prosimy otoczyć kółkiem i parafować*)

1. Czy przeczytał/a Pan/i i zrozumiał/a dane zawarte powyżej w „Części informacyjnej” (część A) ?
2. Czy czuje się Pan/i obecnie zdrowy/a?
3. Czy już oddawał/a Pan/i krew? Jeżeli **tak**, w którym roku ostatnio?
4. Czy był/a Pan/i narażony/a na ryzyko zakażenia ? – patrz „Informacja o chorobach zakaźnych dla krwiodawców” (część A)
5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/i jakieś zabiegi stomatologiczne lub małe zabiegi chirurgiczne?
6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/i lub był/a pod opieką lekarza, bądź gorączkował/a powyżej 38°C?
7. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/i jakiegokolwiek lekarstwa (tabletki, drażetki, zastrzyki, czopki) ? /dotyczy także leków Proscar przeciw przerostowi prostaty i Roaccutan przeciw trądzikowi/ Jeżeli **tak**, to jakie?
8. Czy w ciągu ostatnich 5 dni przyjmował/a Pan/i: Aspirynę, Polopirynę, Acard, Piroxicam (Felden), lub jakikolwiek inny lek którego składnikiem jest kwas acetylosalicylowy?
9. Czy zauważył/a Pan/i u siebie następujące objawy:
- nieuzasadniony spadek ciężaru ciała nieuzasadnioną gorączkę powiększenie węzłów chłonnych
10. Czy choruje Pan/i obecnie, bądź chorował/a wcześniej na jedno z niżej wymienionych schorzeń :
- a)** choroby układu krążenia (nadcisnienie) dolegliwości ze strony serca duszność omdlenia
 zawał mięśnia sercowego udar mózgu napady drgawkowe Jeżeli **tak**, to kiedy?
- b)** choroby skóry wypryski/wysypka uczulenia katar sienny astma Jeżeli **tak**, to kiedy?
- c)** cukrzyca choroby krwi przedłużenie krwawienia choroby naczyń krwionośnych
 choroby nerek choroby przewodu pokarmowego choroby płuc choroby nerwowe
 choroby tarczycy padaczka nowotwór zapalenie szpiku Jeżeli **tak**, to kiedy?
- d)** kiła rzeżączka toksoplazmoza bruceloza gruźlica mononukleoza zakaźna borelioza
 inne choroby zakaźne Jeżeli **tak**, to jakie?..... kiedy?
- e)** inne Jeżeli **tak**, to jakie? kiedy?
11. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/i szczepienia? Jeżeli **tak**, to jakie ?
12. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy poddawał/a się Pan/i biernemu uodpornianiu surowicami odzwierzęcymi ?
13. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/i wykonywany zabieg endoskopowy: gastroskopię, rektoskopię, kolonoskopię, artroskopię, biopsję, punkcję lub inne badanie diagnostyczne? Jeżeli tak, to kiedy?.....
14. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/i ciężko, miał/a wypadek, bądź przeżył/a poważny zabieg operacyjny? Jeżeli **tak**, to kiedy?
15. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/i transfuzję krwi lub jej składników? Jeżeli **tak**, to :
jaką, gdzie(w Polsce lub za granicą) i kiedy?
16. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i biorcą przeszczepu (np.rogówki lub innych tkanek)?
Jeżeli **tak**, to jakich i kiedy?.....
17. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i leczony/a preparatami uzyskanymi z ludzkich przysadek (np. hormonem wzrostu) ?
18. Czy ktokolwiek z Pana/i rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba?
19. Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a Pan/i łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii?
20. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/i poza granicami naszego kraju? Jeżeli **tak**, to w jakim kraju/ach i kiedy? :
21. Czy zaobserwował/a Pan/i niewyjaśnioną, nieoczekiwaną gorączkę związaną z podróżą ?

TAK NIE (*Prosimy zaznaczyć odpowiedź prawidłową . W razie pomyłki błędne zaznaczenie prosimy otoczyć kółkiem i parafować*)

- 22.** Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał Pan/i w krajach Afryki lub Tajlandii?
- 23.** Czy przebywał Pan/i czasowo lub w dowolnym okresie życia zamieszkiwał/a na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych ? Jeżeli **tak**, to kiedy i gdzie?
- 24.** Czy chorował/a Pan/i na: malarię inne choroby tropikalne? Jeżeli **tak**, to jakie?
- 25.** Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/i na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi? Jeżeli **tak**, to kiedy i gdzie?
- 26.** Czy był Pan/i zakażony/a Wirusem Zachodniego Nilu (WNV)? Jeżeli **tak**, to kiedy?
- 27.** Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/i: tatuaż akupunkturę depilację kosmetyczną przekłucie uszu lub innych części ciała? Jeżeli **tak**, to kiedy ?
- 28.** Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan/i przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką?
- 29.** Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/i żółtaczkę? Jeżeli **tak**, to kiedy?
- 30.** Czy Pana/i partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?
- 31.** Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/i kontakt z zakaźnie chorym?
- 32.** Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/i jako osadzony w areszcie lub w więzieniu?
- 33.** Czy kiedykolwiek zalecono Panu/i rezygnację z oddania krwi? Jeżeli **tak**, to z jakiego powodu?
- 34.** Czy wykonuje Pan/i niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu), lub ma niebezpieczne hobby (np. nurek)?

Tylko dla kobiet:

TAK NIE

- A.** Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli **tak**, to kiedy ostatnio?
- B.** Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?

Pytania dotyczące ciąży:

- C.** Czy jest Pani obecnie w ciąży?
- D.** Czy była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Jeżeli **tak**, proszę podać datę porodu/poronienia
- E.** Czy była Pani w ciąży od czasu ostatniego oddania krwi? Jeżeli **tak**, proszę podać datę porodu/poronienia

Zaznacz rodzaj zabiegu do wykonania :

- pobranie krwi pełnej
- pobranie osocza metodą plazmaferezy automatycznej
- pobranie krwinek płytkowych metodą trombaferezy automatycznej
- pobranie krwi do autotransfuzji

C. WYRAŻENIE ZGODY:

Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej zaznaczonego zabiegu oraz potwierdzam, że:

- ❖ Zapoznałem/am się z dostarczonymi materiałami informacyjnymi, zrozumiałem/am i akceptuję ich treść i znaczenie.
- ❖ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb publicznej służby krwi.
- ❖ Wyrażam zgodę na przeznaczenie donacji mojej krwi do użytku terapeutycznego. W przypadku gdy moja krew nie będzie mogła być przeznaczona do użytku terapeutycznego (przetoczenie biorcy), wyrażam zgodę na przeznaczenie jej do użytku nieterapeutycznego w zależności od potrzeb.
- ❖ Potwierdzam, że wszystkie podane informacje są, według mojej wiedzy i sumienia, zgodne z prawdą i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy krwi i jej składników. Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.
- ❖ Zobowiązuję się, w razie otrzymania zawiadomienia z RCKiK Opole o konieczności odbioru wyników badań, do terminowego ich odbioru. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo czterokrotnego zawiadomienia wyniki wykonanych badań wirusologicznych nie zostaną przeze mnie odebrane, RCKiK nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.
- ❖ Zobowiązuję się również, w przypadku zmiany mojego miejsca zamieszkania (adresu), która nastąpiła w ciągu trzech miesięcy od czasu oddania krwi do zawiadomienia o tej zmianie RCKiK w Opolu, 45-372 Opole ul. Kośnego 55, w terminie 7 dni od zaistniałej zmiany.
- ❖ W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od donacji jakichkolwiek objawów chorobowych zobowiązuję się do telefonicznego powiadomienia o tym pracownika RCKiK Opole, (całodobowe numery telefonów: 77 4410600 lub 77 4410700).
- ❖ 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 pobierania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia.
- ❖ Miałem/am możliwość wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości. Otrzymałem/am satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania.

Data :

Podpis krwiodawcy :

D. ZGŁOSZENIE NIEZGODNOŚCI:

„Zgłoszenie przez dawcę niezastosowania przez personel medyczny sprzętu jednorazowego użytku i rękawic ochronnych” <i>(wypełniane i podpisywane wyłącznie, gdy stwierdzono ww. nieprawidłowość)</i>	
Stwierdzam nieprawidłowości w przebiegu procedury przeprowadzanych u mnie zabiegów, polegające na:	
Data:	Podpis krwiodawcy:

.....
Data, pieczętka i podpis
osoby weryfikującej:

.....
Data, pieczętka i podpis
lekarza sprawdzającego: