



Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie

Zweryfikowano dnia:

podpis:.....

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW

Wersja 13 z dnia 01.10.2011r.

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... Nr donacji.....

INFORMACJA O CHOROBAH ZAKAŻNYCH 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 krew 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 wypadku nie wolno oddawać krwi, ponieważ może być ona źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne. Nie oddawaj więc krwi, jeśli 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 w celu zarobkowym.
5. kontakty seksualne z partnerem/partnerką, którego/którą znasz od niedawna.
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 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.

1. Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani "Informację o chorobach zakaźnych"?..... tak nie
2. Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz "Informacja")?..... tak nie
3. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, to w którym roku ostatnio?..... tak nie
4. Czy czuje się Pan/Pani zdrowy/a?..... tak nie
5. Czy w ciągu 7 dni przechodził/a Pan/Pani zabiegi stomatologiczne?..... tak nie
6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C?..... tak nie
7. a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani leki (tabletki, zastrzyki, czopki, dotyczy to również leków Proscar® przeciw przerostowi prostaty i Roaccutan® przeciw trądzikowi). Jeżeli tak, to jakie?..... tak nie
- b) Czy w ciągu ostatnich 3 dni przyjmował/a Pan/Pani Piroxicam (Felden), aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna?..... tak nie
- c) Czy Pan/ Pani stale przyjmuje leki produkowane z osocza (np. dożylna immunoglobulina)?..... tak nie
- d) Czy Pan/ Pani stosuje lub stosował/a leki mające działanie teratogenne (np. retinoidy : acytretyna, etretinat)? Jeżeli tak to kiedy?..... tak nie
- e) Czy Pan/ Pani stosuje lub stosował/a leki dożylnie lub domięśniowe nie przepisane przez lekarza? Jeżeli tak to kiedy?..... tak nie
- f) Czy Pan/ Pani stosuje lub stosował/a sterydy dostępne bez recepty wzmacniające mięśnie lub preparaty z surowicy bydlęcej lub insuliny bydlęcej? Jeżeli tak to kiedy?..... tak nie
8. Czy w ciągu 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia ?
Jeżeli tak, to jakie?..... Kiedy?..... tak nie
9. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: nieuzasadniony spadek masy ciała, nieuzasadnioną gorączkę, powiększenie węzłów chłonnych?..... tak nie
10. Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z 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, to kiedy?..... tak nie
- b) choroby skóry, wypryski, wysypka, uczulenia, katar sienny, astma. Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie
- c) cukrzyca, choroby krwi, przedłużone krwawienie, choroby naczyń krwionośnych, choroby nerek, choroby nerwowe, padaczka, nowotwór, choroby płuc, choroby przewodu pokarmowego, choroby tarczycy, zapalenie szpiku. Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie
- d) kiła, rzeżączka, toksoplazmoza, brucelozę, gruźlica, mononukleozę zakaźną. Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie
- e) gorączka Q, gorączka Zachodniego Nilu. Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie
11. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywaną endoskopię (np. gastroskopię, bronchoskopię, rektoskopię, kolonoskopię, cystoskopię, artroskopię, cewnikowanie, biopsję lub inne badania diagnostyczne?)
Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie

12. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan /Pani ciężko lub przebył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie
13. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani transfuzję krwi? (w Polsce lub za granicą) Jeżeli tak, to kiedy i gdzie?..... tak nie
 a) czy po 1980 roku miał/a Pan/Pani transfuzję krwi w Wielkiej Brytanii?..... tak nie
14. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie
15. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani hormon wzrostu? tak nie
16. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpiał lub cierpi na chorobę Creutzfeldta-Jakoba?..... tak nie
17. Czy w okresie od 01.01.1980 r. do 31.12.1996 r. przebywał/a Pan/Pani łącznie przez 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii (Anglia, Walia, Szkocja, Wyspa Man, Gibraltar, Falklandy), Francji lub Irlandii?..... tak nie
18. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub w Tajlandii?..... tak nie
19. Czy Pan/ Pani przebywał ostatnio powyżej 42 dni w Azji, Ameryce Południowej, Ameryce Środkowej (Wyspy Karaibskie)?..... tak nie
20. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie
21. Czy chorował/a Pan/Pani na: malarię, inne choroby tropikalne?..... tak nie
22. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi (np. USA, Kanada, Meksyk, Portugalia, Włochy, Grecja, Węgry, Rumunia, Francja, Hiszpania, Chorwacja, Rosja, Albania, Izrael) ?..... tak nie
23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonano u Pana/Pani: tatuaż, akupunkturę, depilację kosmetyczną, przekłucie uszu lub innych części ciała? Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie
24. 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?..... tak nie
25. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, to kiedy?..... tak nie
26. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 m-cy przechodził żółtaczkę?.... tak nie
27. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?..... tak nie
28. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy przebywał/a Pan/Pani w więzieniu lub w areszcie?..... tak nie
29. Czy kiedykolwiek lekarz nie zakwalifikował Pana/Pani do oddania krwi?..... tak nie
30. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę lub hobby (np. kierowca autobusu, nurek)?..... tak nie
31. Czy miał/a Pan/Pani problemy z nadużywaniem alkoholu, narkotyków, innych środków psychotropowych?..... tak nie
32. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin spożywał/a Pan/Pani alkohol?..... tak nie

Tylko dla kobiet

33. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była w ciąży ostatnich 12 m-cy lub od ostatniego oddania krwi? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu..... tak nie
34. Czy Pani miesiączkuje? Kiedy ostatnio?..... tak nie
35. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?.... tak nie

Wyrażam zgodę na zabieg pobrania.....oraz przeznaczenia mojej krwi do celów uznanych za właściwe i potrzebne. 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, a po oddaniu mogę poinformować lekarza, że moja krew nie nadaje się do przetoczenia.

Zostałem/am poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia. Oświadczam, że zgodnie 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.

W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań zobowiązuję się do terminowego zgłoszenia się do Centrum Krwiodawstwa. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli **pomimo trzykrotnego listownego zawiadomienia wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane**, Centrum Krwiodawstwa nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.

data.....podpis Krwiodawcy.....

Aktualny adres do korespondencji.....telefon.....

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania lub zameldowania, zawiadomić o tej zmianie Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie 31-540 Kraków, ul. Rzeźnicza 11 tel.(12) 261-88-03 lub Oddział Terenowy RCKiK w Krakowie

.....
(pieczęć OT z adresem i telefonem)

aby można było wysłać Panu/Pani wezwanie w celu odebrania wyników badań wskazujących na infekcję. Informujemy, że podane w ankiecie dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi, którego administratorem jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie. Na podstawie Art. 32 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997 r. 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/am się z powyższymi informacjami

data podpis Krwiodawcy

data podpis osoby sprawdzającej.....