



REGIONALNE CENTRUM
KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im dr Konrada Vietha w Radomiu
26-612 Radom ul. B. Limanowskiego 42

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW

Wersja nr 7, obowiązuje od 01.01.2007 r.

.....
Imię i Nazwisko

.....
Data urodzenia

.....
Nr donacji

.....
PESEL

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 czasie w żadnym wypadku nie wolno oddawać krwi, ponieważ może być ona 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 powiadomiony/a przez lekarza.

Dziękujemy za współpracę.

(Proszę odpowiedzieć, zakreślając właściwy kwadrat - znakiem "X" lub wpisując dane)

Właściwie zakreślić
Tak Nie

JEŻELI MASZ WĄTPLIWOŚCI PORADŹ SIĘ LEKARZA

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „Informacje o chorobach zakaźnych dla krwiodawców”?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy był/a Pan/Pani narażony na ryzyko zakażenia (patrz powyżej „Informacja...”)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, w którym roku ostatnio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38° C? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani lekarstwa (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?.....
8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia?
- Jeśli tak, to jakie?
- Kiedy?.....
9. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy:
- a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała,
b) nieuzasadnioną gorączkę,
c) powiększenie węzłów chłonnych?
10. Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z poniższych 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?
- b) choroby skóry, wypryski/wysypka, uczulenia, katar sienny, astma, łuszczyca
Jeżeli tak to kiedy?.....
- c) cukrzyca, choroby krwi, przedłużone krwawienia, choroby nerwowe,
 padaczka, choroby naczyń krwionośnych, choroby nerek, choroby płuc
 choroby przewodu pokarmowego, choroby tarczycy, nowotwór
Jeżeli tak, to kiedy?
- d) kiła, rzeżączka, toksoplazmoza, brucelozę, gruźlica,
 mononukleozę zakaźną
Jeżeli tak, to kiedy?
11. 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 kiedy?.....
12. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani transfuzję krwi?
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie (podać nazwę państwa)?.....
13. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan/Pani
przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi ludzką krwią?.....
14. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu, np. rogówki lub innych tkanek?
Jeżeli tak, to kiedy?.....
15. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani leczony/a hormonem wzrostu?
Jeżeli tak, to kiedy?.....
16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonano u Pana/Pani biopsję, badania endoskopowe
(gastroskopia, kolonoskopia), leczono z użyciem cewnika lub wykonano inne badania diagnostyczne?..

17. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba lub nową postać tej choroby - nvCJD?.....
18. 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?.....
19. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?
20. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych?
Jeżeli tak, to kiedy?.....
21. Czy chorował/a Pan/Pani na malarię, inne choroby tropikalne?
Jeżeli tak, to kiedy?.....
22. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi (USA, Kanada, Meksyk)?
23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani:
 tatuaż, akupunkturę, depilację kosmetyczną, przekłucie uszu lub innych części ciała?
Jeżeli tak, to kiedy?
24. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę?
Jeżeli tak, to kiedy?
25. Czy Pan/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?
27. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?.....
28. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi?
29. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma 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 z hormonów w celu leczenia niepłodności?.....

Adresy i numery telefonów RCKiK Radom:

1. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. dr Konrada Vietha w Radomiu; 26-612 Radom, ul Limanowskiego 42; tel. centrala 048 362 11 27, Gabinet Lekarski w. 15, tel./ fax: 48 362 62 76
2. Oddział Terenowy RCKiK Radom w Grójcu; 05-600 Grójec, ul. ks. Skargi 10; tel. centr. 048 664 93 75
3. Oddział Terenowy RCKiK Radom w Kozienicach; 26-900 Kozienice, Al. Gen. Sikorskiego 10; tel. 048 614 81 95
4. Oddział Terenowy RCKiK Radom w Nowym Mieście; 26-420 Nowe Miasto, ul. Tomaszowska 43; tel. centr. 048 674 38 23
5. Oddział Terenowy RCKiK Radom w Lipsku; 27-300 Lipsko, ul. Śniadeckiego 2; tel. centr. 048 378 06 11

Wyrażam zgodę na zabieg:

- * pobrania krwi pełnej
- * pobrania osocza metodą plazmaferezy automatycznej
- * pobrania krwinek płytkowych metodą trombaferezy 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 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 mojej krwi.

Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.

W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od zakończenia donacji (oddania krwi) jakichkolwiek objawów chorobowych zobowiązuję się do telefonicznego powiadomienia lekarza, który zakwalifikował mnie do oddania krwi (adresy i telefony patrz str. 3).

Data

Podpis krwiodawcy

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), która nastąpiła w ciągu trzech miesięcy od dnia oddania krwi, zawiadomić o tej zmianie Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Radomiu (w miejscu oddania krwi).

Informujemy, że podane w kwestionariuszu dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, którego administratorem jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Radomiu. 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 powyższą informacją.

Data.....podpis krwiodawcy.....

Data.....podpis lekarza sprawdzającego kwestionariusz

Rodzaj dyskwalifikacji	Powód	Termin

Kwestionariusz zweryfikował: data:.....