

Dotazník pre darcov krvi

Meno a priezvisko: hmotnosť: kg výška: cm

Rodné číslo:

 Adresa bydliska: muž: žena:
Vážení darca, vopred Vám ďakujeme za prejavenú ochotu darovať krv.
Pred darovaním Vám vyšetříme krvný obraz, tlak krvi a podrobíte sa lekárskeho vyšetreniu.

V odobratej krvi vyšetříme krvnú skupinu, povrchový antigén vírusu hepatitídy B (HBsAg), protilátky proti jadrovému antigénu vírusu hepatitídy B (anti-HBc), protilátky proti vírusu hepatitídy C (anti-HCV), protilátky proti vírusu AIDS (anti-HIV), testy na syfilis a pečeneňový enzým ALT. O výsledkoch týchto vyšetrení Vás budeme informovať iba v prípade, že by ovplyvnili Vašu spôsobilosť k darovaniu krvi, alebo ak budú potrebné doplňujúce vyšetrenia.

Tieto vyšetrenia majú zabrániť prenosu infekčných ochorení darovanou krvou. Niekedy, najmä v prípade čerstvej infekcie, môžu byť výsledky negatívne, pričom infekcia sa môže preniesť darovanou krvou na príjemcu transfúzie. Preto je potrebné, aby ste pravdivo odpovedali na každú z nasledovných otázok. Pri nejasnostiach sa môžete poradiť s lekárom nášho oddelenia. V prípade zatajenia niektorých skutočností vystavujete príjemcov transfúzie riziku infekcie.
Prosíme Vás, aby ste pravdivo vyplnili dotazník, ktorý je súčasťou povinného vyšetrenia pred darovaním krvi a krvných zložiek v zmysle vyhlášky MZ SR č. 158/2015 Z. z. o požiadavkách na správnu prax prípravy transfúzných liekov.

 Správne odpovede **zakrúžkujte!**

1. Darovali ste v minulosti krv, plazmu alebo krvné bunky?	áno	nie
2. Boli ste niekedy v minulosti vyradený z darovania krvi?	áno	nie
Otázky na Váš zdravotný stav (anamnéza):		
3. Cítite sa zdravý?	áno	nie
4. Vážite viac ako 50 kg?	áno	nie
5. Boli ste posledných 72 hodín ošetrovaný zubným lekárom?	áno	nie
6. Užili ste posledný mesiac nejaké lieky? Aké?	áno	nie
7. Mali ste posledný mesiac teplotu nad 38 °C, herpes, hnačky, prisatého kliešťa, uhryznutie zvierat'om?	áno	nie
8. Boli ste posledný mesiac očkovaný?	áno	nie
9. Mali ste v minulosti alebo máte:		
• infekč. žltáčku, tuberkulózu, boreliózu, toxoplazmózu, brucelózu, infekč. mononukleózu?	áno	nie
• tularémiu, listeriózu, maláriu, inú tropickú chorobu (babeziózu, Q-horúčku, leishmaniózu)?	áno	nie
• reumatologické ochorenie, reumatickú horúčku?	áno	nie
• srdcové ochorenie, vysoký alebo nízky krvný tlak?	áno	nie
• chronické ochorenie pľúc alebo priedušiek, astmu, alergiu, sennú nádchu?	áno	nie
• ochorenie obličiek?	áno	nie
• krvné ochorenie, krvácavé prejavy?	áno	nie
• ochorenie nervového systému, epilepsiu?	áno	nie
• ochorenie látkovej výmeny (cukrovka, štítna žľaza)?	áno	nie
• kožné ochorenia (ekzém, lupienka-psoriáza)?	áno	nie
• ochorenie tráviaceho systému, choroby pečene a pankreasu?	áno	nie
• nádorové ochorenie?	áno	nie
• sexuálne prenosné ochorenie?	áno	nie
10. Zaznamenali ste za posledných 12 mesiacov nevysvetliteľnú stratu váhy, teplotu, potenie, psychické zmeny, zväčšenie lymfatických uzlín?	áno	nie
11. Boli ste liečený posledné 3 mesiace na akné isotretinoinom (Roaccutane ^R , Accutane ^R), na prostatu finasteridom (Proscar ^R , Avodart ^R), na plešatosť (Propecia ^R)?	áno	nie
12. Boli ste liečený posledné 3 roky acitretinom (Neotigason ^R) alebo etretinatom (Tegison ^R)?	áno	nie

Otázky na rizikové faktory:

13. Mali ste posledných 6 mesiacov:		
- operáciu, lekárske vyšetrenie alebo ošetrovanie, endoskopiou, katetrizáciu ciev?	áno	nie
- tetovanie, piercing, aplikáciu náušnic, akupunktúru, permanentný make up?	áno	nie

- poranenie, pri ktorom sa rana alebo sliznica dostala do kontaktu s cudzou krvou alebo náhodné poranenie použitou injekčnou striekačkou	áno	nie
14. Dostali ste posledných 6 mesiacov transfúziu krvného prípravku?	áno	nie
15. Boli ste posledných 6 mesiacov v Afrike, Amerike, Ázii?	áno	nie
16. Boli ste posledných 6 mesiacov v kontakte s osobou, ktorá mala v tom čase infekčnú žltáčku alebo iné infekčné ochorenie?	áno	nie
17. Mali ste posledných 12 mesiacov intimný kontakt		
- s partnerom, ktorý je HIV pozitívny alebo má infekčnú žltáčku?	áno	nie
- s partnerom, ktorý si pichá alebo pichal drogy?	áno	nie
- s partnerom, ktorý si dal zaplatiť za sex formou peňazí alebo drog?	áno	nie
- s iným ako s Vaším stálym sexuálnym partnerom alebo s osobou zo zahraničia?	áno	nie
18. Podávali ste si niekedy injekčne drogy alebo steroidné hormóny?	áno	nie
19. Narodili ste sa alebo ste žili v oblasti výskytu malárie?	áno	nie
20. Zdržovali ste sa v r. 1980-1996 spolu 6 a viac mesiacov vo Veľkej Británii / Írsku?	áno	nie
21. Boli ste operovaný alebo ste dostali transfúziu od roku 1980 vo Veľkej Británii alebo v Írsku?	áno	nie
22. Vyskytla sa vo Vašej rodine Creutzfeldt-Jakobova choroba?	áno	nie
23. Boli ste liečený prípravkami z ľudskej hypofýzy (rastový hormón)	áno	nie
24. Transplantovali Vám ľudské tkanivo (očnú rohovku, štep tvrdej pleny mozgovej)?	áno	nie
25. Máte rizikové zamestnanie / koníčky (profesionálny vodič, potápač, práca vo výške)?	áno	nie
<i>Pre mužov:</i>		
26. Mali ste posledných 12 mesiacov sexuálny kontakt s iným mužom?	áno	nie
<i>Pre ženy:</i>		
27. Boli ste posledných 6 mesiacov tehotná alebo ste kojili?	áno	nie
28. Boli ste liečená pred rokom 1986 hormonálnymi injekciami na neplodnosť?	áno	nie

Vyhlásenie

Vyhlasujem, že som porozumel(a) horeuvedeným otázkam a odpovedal(a) som na všetky otázky pravdivo.

Som si vedomý(á), že v prípade úmyselného zatajania akýchkoľvek údajov môžem spôsobiť inému poškodenie zdravia alebo smrť a môžem byť stíhaný(á) podľa Trestného zákona SR. Som oboznámený(á) s možnosťou samovylúčenia a v prípade potreby ju využijem. Považujem sa za vhodného darcu, ktorého krv neohrozí zdravie príjemcu. Ak sa po odbere u mňa objavia známky alebo príznaky infekčného ochorenia, budem o tejto skutočnosti informovať transfúzne pracovisko.

Vyhlasujem, že darujem krv (plazmu, krvné bunky) dobrovoľne a bezplatne a súhlasím s jej využitím pre zdravotnícke účely. Súhlasím s uskutočnením horeuvedených laboratórnych testov. Týmto zároveň udeľujem HTO - NsP Pov. Bystrica ako prevádzkovateľovi súhlas na spracovanie mojich osobných údajov v súlade s § 11 zákona č. 122/2013 Z.z o ochrane osobných údajov znení neskorších predpisov v rozsahu uvedenom vo vyššie uvedenom dotazníku a výsledkov uskutočnených laboratórnych testov.

Súhlas udeľujem najmä na to, aby prevádzkovateľ osobných údajov vyššie uvedené osobné údaje zbieral, zhromažďoval, zaznamenával, uchovával, usporadúval, vyhľadával a využíval, a to všetko za účelom vedenia registra darcov krvi a nakladania s ním v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi. Beriem na vedomie, že v súvislosti so spracúvaním osobných údajov mám práva uvedené v zákone č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov. Súhlas so spracovaním osobných údajov udeľujem dobrovoľne a na neurčitý čas. Pred vykonaním odberu krvi a zložky krvi mi bola poskytnutá ústna informácia o ochrane mojich osobných údajov a o opatreniach na zabránenie neoprávneného zverejnenia mojej totožnosti, údajov o mojom zdravotnom stave a výsledkov vykonaných skúšok.

V dňa:

podpis darcu:

Záznam lekára:

Záver: schopný odberu
neschopný odberu

podpis lekára:

Hb	g/l
----	-----