



**KWESTIONARIUSZ DAWCY KRWI – EKIPA WYJAZDOWA**

Data .....

Zaznaczyć właściwe: kobieta  / mężczyzna  dawca pierwszorazowy  / wielokrotny

<b>WYPELNIĆ KRWIODAWCĄ</b> (wypełnić drukowanymi literami)	nazwisko		imię	
	data i miejsce urodzenia		nazwisko panieńskie	
	adres zameldowania		imię ojca	imię matki
	adres korespondencyjny		adres pobytu	
	PESEL	e-mail	telefon	

<b>WYPELNIĆ ROKIĆ</b>	ABO i Rh	Próbka dla serologii <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Poziom Hb	Ciśnienie RR	Temp. °C	Badanie fizykalne	Zakwalifikowano dawcę <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Podpis lekarza / sygnatura .....
	DT kod .....	DS kod .....	Czas donacji	SJU	Sygn. pielęgniarki	Rodzaj donacji .....	Ilość krwi/osocza .....

**INFORMACJA O CHOROBAH 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. Jeżeli 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 ona 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:**

- wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków,
- kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki w postaci zastrzyków,
- kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami,
- kontakty seksualne z partnerem/partnerką, których znasz od niedawna,
- kontakty seksualne w celu zarobkowym,
- 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 zarażenia 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.

właściwie zakreślić X

- Czy oddawał(a) Pan(i) już krew? Jeżeli tak, to w którym roku ostatnio? \_\_\_\_\_  tak  nie
- Czy czuje się Pan(i) obecnie zdrowy(a)? \_\_\_\_\_  tak  nie
- Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził(a) Pan(i) jakieś zabiegi stomatologiczne? \_\_\_\_\_  tak  nie
- Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował(a) Pan(i) lub pozostawał(a) pod opieką lekarza albo miał(a) gorączkę powyżej 38°C? \_\_\_\_\_  tak  nie
- a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował(a) Pan(i) lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki)? (dotyczy również leków Proscar® przeciw przerostowi prostaty i Roaccutan® przeciw trądzikowi) \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to jakie? .....
- b) czy w ciągu ostatnich 3 dni przyjmował(a) Pan(i) piroxicam (Felden), aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna? \_\_\_\_\_  tak  nie
- Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził(a) Pan(i) szczepienia? \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to jakie i kiedy? .....
- Czy zauważył(a) Pan(i) u siebie następujące objawy: a)  nieuzasadniony spadek ciężaru ciała, b)  nieuzasadnioną gorączkę, c)  powiększenie węzłów chłonnych? \_\_\_\_\_  tak  nie
- Czy choruje Pan(i) 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 \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to kiedy? .....
- b) choroby skóry, wypryski/wysypka, uczulenia, katar sienny, astma \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to kiedy? .....
- c)  cukrzyca,  choroby krwi,  przedłużenie krwawienia,  choroby naczyń krwionośnych,  choroby nerek \_\_\_\_\_  tak  nie  
 choroby przewodu pokarmowego,  choroby płuc,  choroby nerwowe,  choroby tarczycy,  padaczka,  nowotwór,  zapalenie szpiku  
Jeżeli tak, to kiedy? .....
- d)  kiła,  rzeżączka,  toksoplazmoza,  bruceloza,  gruźlica,  mononukleozą zakaźną \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to kiedy? .....
- e)  gorączka Q,  gorączka Zachodniego Nilu \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to kiedy? .....

9. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał(a) Pan(i) wykonywaną gastroskopię, biopsję lub inne badania diagnostyczne? \_\_\_\_\_  tak  nie
10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował(a) Pan(i) ciężko albo przebył(a) poważny zabieg operacyjny lub wypadek? \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to jaki i kiedy? .....
11. Czy kiedykolwiek otrzymał(a) Pan(i) transfuzję krwi lub jej składników? \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą)? .....
12. Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)? \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to jakich? .....
13. Czy kiedykolwiek otrzymał(a) Pan(i) hormon wzrostu? \_\_\_\_\_  tak  nie
14. Czy ktokolwiek z Pana(i) rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jacoba? \_\_\_\_\_  tak  nie
15. Czy w okresie od 1 stycznia 1980 r. do 31 grudnia 1996 r. przebywał(a) Pan(i) łącznie przez 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii? \_\_\_\_\_  tak  nie
16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał(a) Pan(i) w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub w Tajlandii? \_\_\_\_\_  tak  nie
17. Czy mieszkał(a) Pan(i) lub przebywał(a) czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to kiedy? .....
18. Czy chorował(a) Pan(i) na malarię lub inne choroby tropikalne? \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to kiedy i jakie? .....
19. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał(a) Pan(i) na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia wirusa Zachodniego Nilu na ludzi? \_\_\_\_\_  tak  nie
20. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonano u Pana(i):  
 tatuaż,  akupunkturę,  depilację kosmetyczną,  przekłucie uszu lub innych części ciała? \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to kiedy i jakie? .....
21. 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? \_\_\_\_\_  tak  nie
22. Czy kiedykolwiek przechodził(a) Pan(i) żółtaczkę? \_\_\_\_\_  tak  nie  
Jeżeli tak, to kiedy? .....
23. Czy Pana(i) partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę? \_\_\_\_\_  tak  nie
24. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i) kontakt z zakaźnie chorym? \_\_\_\_\_  tak  nie  
a) czy przeczytał(a) i zrozumiał(a) Pan(i) „Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców”? \_\_\_\_\_  tak  nie  
b) czy był(a) Pan(i) narażony(a) na ryzyko zakażenia (patrz „Informacja...”) \_\_\_\_\_  tak  nie
25. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał(a) Pan(i) w areszcie lub więzieniu? \_\_\_\_\_  tak  nie
26. Czy kiedykolwiek zalecono Panu(i) rezygnację z oddania krwi? \_\_\_\_\_  tak  nie
27. Czy wykonuje Pan(i) niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby? \_\_\_\_\_  tak  nie

**TYLKO DLA KOBIET**

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

Wyrażam zgodę na zabieg pobrania:

- krwi pełnej,  
 osocza metodą plazmaferezy manualnej,  
 osocza metodą plazmaferezy automatycznej,  
 krwinek płytkowych metodą trombaferozy automatycznej,  
 krwinek białych metodą leukaferozy 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.**

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 zawiadomienia wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane, Centrum Krwiodawstwa nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wyniku z tego faktu.**

Data ..... Podpis krwiodawcy .....

**Upraszamy prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), zawiadomić o tej zmianie Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach - adres: 40-074 Katowice, ul. Raciborska 15, telefon 32 208 73 77, 32 208 73 80.**

Informujemy, że podane w ankiecie dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi. Na podstawie art. 32 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. nr 133, poz. 883) przysługuje Panu(i) 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 osoby sprawdzającej .....