



Kwestionariusz dla krwiodawców

(wersja szósta ważna od 1.10.2006 r.)

Imię i nazwisko

Nr donacji

Data urodzenia PESEL

WYRAŻAM ZGODĘ NA ZABIEG:

pobrania krwi pełnej , pobrania osocza metodą plazmaferezy automatycznej , pobrania płytek krwi metodą automatyczną ,
inny zabieg

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 oraz na wykorzystanie pobranej odemnie krwi lub jej składników. 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 poniżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienia bezpieczeństwa biorcy krwi. Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych. W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godz. od zakończenia donacji jakichkolwiek objawów chorobowych, zobowiązuję się do telefonicznego powiadomienia lekarza RCKIK.

Samowykluczenie dawcy: Dawca lub kandydat na dawcę krwi może bez podania przyczyny swojej decyzji zrezygnować z oddawania krwi i poinformować pracowników RCKIK w Raciborzu lub Oddz. Terenowych, że jego krew nie nadaje się do użytku. Samowykluczenie się dawcy może nastąpić w każdej chwili, czyli od momentu rejestracji, poprzez badania kwalifikacyjne, wywiad i badanie lekarskie, cały okres pobierania krwi a także już po oddaniu krwi lub jej składników. Dawcy przysługuje także możliwość powiadomienia RCKIK lub Oddziału Terenowego w formie pisemnej (listownej lub wrzucenia swoich danych do specjalnej skrzynki samowykluczeń znajdującej się w miejscu ogólnodostępnym dla dawców) lub telefonicznej o wycofaniu z użytku jego krwi i jej składników w każdym czasie jeżeli krew i jej składniki nie zostały już wykorzystane. (tel. RCKIK R-rz 032 415 20 88, 032 415 34 54, OT Rybnik 032 42 24 133, OT Jastrzębie Zdr. 032 47 84 337, OT Pszów 032 45 40 449).

Upzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania, która nastąpiła w ciągu trzech miesięcy od oddania krwi, zawiadomić nas o tej zmianie.

Informujemy, że podane w ankiecie dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, którego administratorem jest Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu. 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.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją

Data

Podpis krwiodawcy

Właściwie zakreślić

Tak Nie

1. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio? Tak Nie
2. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a? Tak Nie
3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne? Tak Nie
4. 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
5. 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? 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
6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Jeżeli tak, to jakie? Kiedy? Tak Nie
7. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy:
 - a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała, b) nieuzasadnioną gorączkę, c) powiększenie węzłów chłonnych? Tak Nie
8. Czy choruje Pan/Pani 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. Jeżeli tak, kiedy? Tak Nie
 - b) choroby skóry, wypryski/wysypka, uczulenia, katar sienny, astma. Jeżeli tak, kiedy? Tak Nie
 - c) cukrzyca, choroby krwi, przedłużone krwawienia, choroby naczyń krwionośnych,
 choroby nerek, choroby przewodu pokarmowego, choroby płuc,
 choroby nerwowe, choroby tarczycy, padaczka, nowotwór. Jeżeli tak, kiedy? Tak Nie
 - d) kiła, rzeżączka, toksoplazmoza, bruceloza, gruźlica, mononukleozę zakaźną. Jeżeli tak, kiedy? Tak Nie

9. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywaną gastroskopię biopsję, inne badanie diagnostyczne lub szycie rany? Tak Nie
10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi przebywał/a Pan/Pani w szpitalu albo przebył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jaki i kiedy? Tak Nie
11. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję krwi? Jeżeli tak, to kiedy? Tak Nie
12. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek) Jeżeli tak, to jakich? Tak Nie
13. Czy kiedykolwiek leczył się Pan/Pani w Poradni Endokrynologicznej, otrzymał hormon wzrostu lub hormon tarczycy? Tak Nie
14. Czy ktokolwiek z Pana/Pani 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/Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii? Tak Nie
16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii? Tak Nie
17. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak, to kiedy? Tak Nie
18. Czy chorował/a Pan/Pani na: malarię, inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, kiedy i jakie? Tak Nie
19. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi? Tak Nie
20. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: tatuaż, akupunkturę, depilację kosmetyczną, przekucie uszu lub innych części ciała? Jeżeli tak, kiedy i jakie? Tak Nie
21. 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
22. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, kiedy? Tak Nie
23. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 12 m-cy przechodził żółtaczkę? Tak Nie
24. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?
 a) Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani "Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców (zał. nr 3/1022)? Tak Nie
 b) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz: Informacja o chorobach zakaźnych dla kwiodawców zał. nr 3/1022)? Tak Nie
25. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu? Tak Nie
26. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? Tak Nie
27. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby? Tak Nie

TYLKO DLA KOBIET

28. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu Tak Nie
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

Data

Podpis krwiodawcy

Data

Podpis osoby sprawdzającej