



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. Jeżeli test wypadnie dodatnio, krew nie zostanie przetoczona. Jednak przy każdej infekcji pomiędzy momentem zarażenia 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 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 poufne. Przy pozytywnych wynikach badań (wskazujących na infekcję), zostaniesz o tym poinformowany/a przez lekarza.

tu nakleić numer donacji

Wypełnia krwiodawca	Imię i nazwisko:		Imię ojca:		
	Data i miejsce urodzenia:		Imię matki:		
	PESEL:	Numer dowodu osobistego:			
Wypełnia RCK i K	Badanie lekarskie:	Hb:	Grupa krwi:		
	Ciśnienie:	Waga:	Ilość:		
	Tętno:	Wzrost:		
Wypełnia krwiodawca	Zakwalifikowano dawcę			TAK	NIE
	tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> podpis lekarza.....				
Wypełnia krwiodawca	1. Czy już oddawał/a Pan/i krew? Jeżeli tak, w którym roku?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Czy czuje się Pan/i obecnie zdrowy/a?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/i jakieś zabiegi stomatologiczne?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/i lub pozostawała pod opieką lekarza lub miał/a gorączkę powyżej 38°C?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/i leki (tabletki, zastrzyki, czopki)? (dotyczy także leków Proscar® przeciw przerostowi prostaty i Roaccutan® przeciw trądzikowi). Jeżeli tak, to jakie?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Czy w ciągu ostatnich 3 dni przyjmował/a Pan/i Piroxicam (Felden), aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/i szczepienia?/ Jeżeli tak, to jakie? Kiedy?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wypełnia	7. Czy zauważył/a Pan/i u siebie następujące objawy: a) <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała b) <input type="checkbox"/> nieuzasadnioną gorączkę c) <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Czy choruje Pan/i bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a Pan/i niżej wymienione dolegliwości? a) <input type="checkbox"/> choroby układu krążenia,(nadciśnienie) , <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca, <input type="checkbox"/> zawał serca, <input type="checkbox"/> duszność, <input type="checkbox"/> udar mózgu ? Jeżeli tak, kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) <input type="checkbox"/> choroby skóry, <input type="checkbox"/> wypryski/wysypka, <input type="checkbox"/> uczulenia, <input type="checkbox"/> katar sienny, <input type="checkbox"/> astma, <input type="checkbox"/> łuszczyca, Jeżeli tak, kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) <input type="checkbox"/> cukrzyca, <input type="checkbox"/> choroby krwi, <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienie, <input type="checkbox"/> nowotwór, <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych, <input type="checkbox"/> choroby nerek, <input type="checkbox"/> padaczka, <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego, <input type="checkbox"/> choroby tarczycy, <input type="checkbox"/> choroby nerwowe, <input type="checkbox"/> choroby płuc Jeżeli tak, kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wypełnia krwiodawca	d) <input type="checkbox"/> kiła, <input type="checkbox"/> rzeżączka, <input type="checkbox"/> toksoplazmoza, <input type="checkbox"/> bruceloza, <input type="checkbox"/> gruźlica, <input type="checkbox"/> mononukleozę zakaźną Jeżeli tak, kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/i wykonywaną gastroskopię, biopsję lub inne badania diagnostyczne? Jeżeli tak, to kiedy ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/i ciężko albo przeżył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jaki kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/i transfuzję krwi ? Jeżeli tak, to jaką i kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.Czy kiedykolwiek był/a Pan/i biorcą przeszczepu(np. rogówki lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to jakich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/i hormon wzrostu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Czy ktokolwiek z Pana/i rodziny cierpi /cierpiał na chorobę Creutzfelda-Jakoba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15.Czy Pan/i w okresie od 01.01.1980r. do 31.12.1996 r. przebywał łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/i w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17.Czy mieszkał/a Pan/i lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych. Jeżeli tak, to kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wypełnia krwiodawca	18. Czy chorował Pan/i na: malarię, inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, to kiedy i jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/i na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/i: <input type="checkbox"/> tatuaż, <input type="checkbox"/> akupunkturę, <input type="checkbox"/> depilację kosmetyczną, <input type="checkbox"/> przekłucie uszu lub innych części ciała? Jeżeli tak, to kiedy i jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		TAK	NIE
Wypełnia krwiodawca	21. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od ostatniego oddania krwi miał/a Pan/i przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi ludzką krwią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/i żółtaczkę? Jeżeli tak, to kiedy ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23. Czy Pana/i partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/i kontakt z zakaźnie chorym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/i „INFORMACJĘ O CHOROBAH ZAKAŹNYCH DLA KRWIODAWCÓW”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Czy był/a Pan/i narażona na ryzyko zakażenia ? (patrz „ INFORMACJA...”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25. Czy w ostatnich 6 miesiącach przebywał/a Pan/i w areszcie lub więzieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/i rezygnację z oddawania krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27. Czy wykonuje Pan/i niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30. Czy w latach 1965 - 1985 otrzymywała pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data

Oświadczenie

Oświadczam, że podany przeze mnie poniżej adres jest aktualnym adresem, pod który RCK i K w Poznaniu może przesłać korespondencję związaną z ewentualnymi nieprawidłowymi wynikami badań wykonywanych po oddaniu przeze mnie krwi. Jednocześnie zobowiązuję się pisemnie poinformować:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, ul. Marcelińska 44 , 60-354 Poznań.

W terminie 3 dni, o zmianie adresu, jeśli zmiana adresu nastąpi w ciągu 3 miesięcy od ostatniego oddania krwi, pod rygorem utraty ewentualnych roszczeń wynikających z Kodeksu Cywilnego.

Adres pobytu tymczasowego	Adres zameldowania
ul.nr.....	ul.nr.....
kodmiejsowość.....	kodmiejsowość.....
województwo	województwo
telefon	telefon

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

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/łam się z powyższą informacją

Podpis Krwiodawcy.....

Wyrażam zgodę na zabieg:

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

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o rodzaju zabiegu i jego częstotliwości oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na oddanie krwi. Zostałem/łam 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 biocyru 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 - telefon do Działu Krwiodawców - (061) 8863334 lub 8863344.

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 wynikłe z tego faktu. Informacja o wynikach badań lub ich nieodebraniu zostanie przekazana do SANEPID-u.

Data

Podpis Krwiodawcy.....

WERYFIKACJA KWESTIONARIUSZA

Data

Podpis osoby sprawdzającej.....

Imię i nazwisko dawcy:

Numer donacji

Pesel dawcy:

Próbka dla serologii: TAK / NIE

Grupa krwi

Oświadczam, że podczas wykonywania badań kwalifikacyjnych oraz zabiegów związanych z oddaniem krwi, pielęgniarki używały wyłącznie sprzętu jednorazowego użytku w tym również rękawic ochronnych.

Sprzęt przeznaczony był tylko dla mnie, a pielęgniarka w mojej obecności zakładała rękawice ochronne przeznaczone tylko dla mnie.

Nie mam żadnych zastrzeżeń Co do sposobu wykonywania zabiegu.

DZIAŁ LABORATORYJNY**DZIAŁ POBIERANIA**.....
podpis pracownika Hematologii.....
podpis pracownika Dz. Pobierania.....
Czytelny podpis dawcy
Imię i nazwisko.....
Czytelny podpis dawcy
Imię i nazwisko