

Nr donacji

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW

1. Nazwisko i imię (stopień wojskowy).....
2. Data i miejsce urodzenia.....Imiona rodziców.....
3. Adres zameldowania (kod).....
4. Adres do korespondencji (kod).....
5. Numer jednostki wojskowej (gdy dotyczy).....

INFORMACJA O CHOROBYCH ZAKAŻNYCH DLA KRWIODAWCÓW

O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi lub jej składników

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 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:

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 poinformowany/a przez lekarza.

- | | TAK | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/i "Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy był/a Pan/i narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz., 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 chorował/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, czopki, zastrzyki?) (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 5 dni przyjmował/a Pan/Pani piroxicam (Felden), aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia?
Jeżeli tak, to jakie?.....
Kiedy?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	TAK	NIE
9. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała <input type="checkbox"/> b) nieuzasadnioną gorączkę <input type="checkbox"/> c) powiększenie węzłów chłonnych <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 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) <input type="checkbox"/> , dolegliwości ze strony serca <input type="checkbox"/> , zawał serca <input type="checkbox"/> , duszność <input type="checkbox"/> , udar mózgu <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) choroby skóry <input type="checkbox"/> , wysypki/wysypka <input type="checkbox"/> , uczulenia <input type="checkbox"/> , katar sienny <input type="checkbox"/> , astma <input type="checkbox"/> , łuszczyca <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) cukrzyca <input type="checkbox"/> , choroby krwi <input type="checkbox"/> , przedłużone krwawienie <input type="checkbox"/> , choroby naczyń krwionośnych <input type="checkbox"/> , choroby nerek <input type="checkbox"/> , choroby nerwowe <input type="checkbox"/> , padaczka <input type="checkbox"/> , nowotwór <input type="checkbox"/> , choroby płuc <input type="checkbox"/> , gruźlica <input type="checkbox"/> , choroby przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> , choroby tarczycy <input type="checkbox"/> , zapalenie szpiku <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) kiła <input type="checkbox"/> , rzeżączka <input type="checkbox"/> , toksoplazmoza <input type="checkbox"/> , bruceloza <input type="checkbox"/> , gruźlica <input type="checkbox"/> , mononukleozą zakaźną <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) gorączka Q <input type="checkbox"/> , gorączka Zachodniego Nilu <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. a) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddawania krwi chorował/a Pan/i ciężko albo przebył/a zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jaki i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/i wykonane szycie chirurgiczne? Jeżeli tak, to kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/i wykonywaną gastroskopię, biopsję lub inne zabiegi diagnostyczne? Jeśli tak, to kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/i transfuzje krwi lub jej składników? Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to jakich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/i hormon wzrostu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Czy ktokolwiek z Pana/i rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfelda-Jackoba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Czy w okresie od 1 stycznia 1980 r. do 31 grudnia 1996 r. przebywał/a Pan/i łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji, Irlandii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/i w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub w Tajlandii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Czy mieszkał/a Pan/i lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Czy chorował/a Pan/Pani na: malarię <input type="checkbox"/> , inne choroby tropikalne <input type="checkbox"/> ? Jeżeli tak, kiedy i jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/i tatuaż <input type="checkbox"/> , akupunkturę <input type="checkbox"/> , depilację kosmetyczną <input type="checkbox"/> , przekłucie uszu lub innych części ciała <input type="checkbox"/> ? Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddawania krwi miał/a Pan/i przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką? Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Czy Pana/i partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub w więzieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAK NIE

28. Czy w ciągu ostatnich 30 dni przebywał/a Pan/i za granicą kraju ?
Jeżeli tak to gdzie?..... TAK NIE
29. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? TAK NIE
30. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek)
lub ma niebezpieczne hobby? TAK NIE
- Tylko dla kobiet**
31. 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
32. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio? TAK NIE
33. Czy w latach 1965 -1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności? TAK NIE

Wyrażam zgodę na zabieg:

- pobrania osocza metodą plazmaferezy automatycznej
 - pobrania krwinek płytkowych metodą tromboaferezy automatycznej
 - pobrania krwi pełnej
 -

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, telefon: (12 630 82 90, 12 630 81 51).

W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań zobowiązuję się do terminowego zgłoszenia się do Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo trzykrotnego zawiadomienia wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.

Data.....

Podpis krwiodawcy.....

Wyrażam zgodę, aby zgodnie z art.2 i 19 Ustawy o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (Dz.U.Nr 106, poz. 681 z późn. zmian.) pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane za opłatą:

a) do podmiotów leczniczych na cele kliniczne,

Data.....

Podpis krwiodawcy.....

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), zawiadomić o tej zmianie Terenową Stację Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie: 30-950 Kraków ul. Wrocławska 1-3 telefon: 12 630 82 90, 12 630 81 51

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/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 osoby sprawdzającej.....