

--

Nr donacji

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

PESEL

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW

Załącznik nr 1 do SOP 25042/170/1

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 CHOROBAH ZAKAŹNYCH 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 narażeś/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 ⁰ 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 Roaccutane przeciw trądzikowi)
eżeli tak, to jakie?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Czy w ciągu ostatnich 3 dni przyjmował/a Pan/Pani piroxicam (Feldene), 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 chorowała na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości? α) 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 , wysypki/wysypka ,uczulenia , katar sienny , astma , łuszczyca 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 , rzeżączka , toksoplazmoza , bruceloza , gruźlica , mononukleoza zakaźna , Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) gorączka Q , gorączka Zachodniego Nilu 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 szcicie 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 , inne choroby tropikalne ? Jeżeli tak, to 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 , akupunkturę , depilację kosmetyczną , przekłucie uszu lub innych części ciała ? 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 instrumentami 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 6 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?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek)
lub ma niebezpieczne hobby? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Czy w latach 1965 -1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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: (52 378 72 40, 52 378 72 43).

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.....

kwalfikuje się do oddania krwi

nie kwalfikuje się do oddania krwi

Data..... Podpis Lekarza.....

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), zawiadomić o tej zmianie Terenową Stację Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy: 85-915 Bydgoszcz ul. Powstańców Śląskich 5; telefon: (52 378 72 40, 52 378 72 43).

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.....