Ľubovnianska nemocnica, n. o.

Obrancov mieru 3, 064 01 Stará Ľubovňa

Dotazník pre darcov krvi

Meno a priezvisko:..... Váha: Výška:

Rodné číslo: ..... tel.č .....

Adresa bydliska: ..... muž: žena:

Vážený darca, vopred Vám ďakujeme za prejavenú ochotu darovať krv.

Pred darovaním Vám vyšetríme krvný obraz, tlak krvi, p.p. teplotu a podrobíte sa lekárskemu vyšetreniu.

V odobratej krvi vyšetríme krvnú skupinu, protilátky proti vírusu hepatitídy B a jeho povrchový antigén (anti-HBc, HBsAg), protilátky proti vírusu hepatitídy C (anti-HCV), protilátky proti vírusu AIDS (anti-HIV) a antigén p24 HIV, testy na syfilis a pečeňový enzým ALT. O výsledkoch týchto vyšetrení Vás budeme informovať iba v prípade, že by ovplyvnili Vašu spôsobilosť k darovaniu krvi, alebo ak budú potrebné doplňujúce vyšetrenia.

Tieto vyšetrenia majú zabrániť prenosu infekčných ochorení darovanou krvou. Niekedy, najmä v prípade čerstvej infekcie, môžu byť výsledky negatívne, pričom infekcia sa môže preniesť darovanou krvou na príjemcu transfúzie. Preto je potrebné, aby ste pravdivo odpovedali na každú z nasledovných otázok. Pri nejasnostiach sa môžete poradiť s lekárom nášho oddelenia. V prípade zatajenia niektorých skutočností vystavujete príjemcov transfúzie riziku infekcie. ***Vyšetrenia nemajú slúžiť na overenie zdravotného stavu, za týmto účelom sa prosím obráťte na úrady verejného zdravotníctva !***

Prosíme Vás, aby ste pravdivo vyplnili dotazník, ktorý je súčasťou povinného vyšetrenia pred darovaním krvi a krvných zložiek v zmysle vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 158/2015 Z. z. o požiadavkách na správnu prax prípravy transfúznych liekov.

Správne odpovede **zakrúžkujte** !

1. Darovali ste v minulosti krv, plazmu alebo krvné bunky ?	áno	nie
2. Boli ste niekedy v minulosti vyradený z darovania krvi ?	áno	nie

Otázky na Váš zdravotný stav (anamnéza):

3. Cítite sa zdravý ?	áno	nie
4. Vážite viac ako 50 kg ?	áno	nie
5. Boli ste posledných 72 hodín ošetrený zubným lekárom alebo zubným hygienikom ?	áno	nie
6. Užili ste posledný mesiac nejaké lieky ? Aké ?	áno	nie
7. Mali ste posledný mesiac teplotu nad 38°C, herpes, hnačky, prisatého kliešťa, uhryznutie zvieraťom ?	áno	nie
8. Boli ste posledný mesiac očkovaný ?	áno	nie
9. Mali ste v minulosti alebo máte:		
• Inf. ochorenie ako napr.: tuberkulózu, infekč. mononukleózu, boreliózu,toxoplazmózu, brucelózu, tularémiu, listeriózu, Q–horúčku, babeziózu,...?	áno	nie
• tropické ochorenie: maláriu, ochorenie Chagas (trypanosomiazu), leishmaniózu.....?	áno	nie
• reumatologické ochorenie, reumatickú horúčku alebo autoimunitné ochorenie ?	áno	nie
• srdcové ochorenie, vysoký alebo nízky krvný tlak ?	áno	nie
• chronické ochorenie pľúc alebo priedušiek, astmu, alergiu, sennú nádchu ?	áno	nie
• ochorenie obličiek ?	áno	nie
• krvné ochorenie, krvácavé prejavy ?	áno	nie
• ochorenie nervového systému, epilepsiu?	áno	nie
• ochorenie látkovej výmeny (cukrovka), endokrinolog. ochorenie (napr. štítnej žľazy) ?	áno	nie
• kožné ochorenia (ekzém, lupienka-psoriáza) ?	áno	nie
• ochorenie tráviaceho systému, choroby pečene a pankreasu ?	áno	nie
• nádorové ochorenie?	áno	nie
• sexuálne prenosné ochorenie?	áno	nie
10. Zaznamenali ste za posledných 12 mesiacov nevysvetliteľnú stratu váhy, teplotu, potenie, psychické zmeny, zväčšenie lymfatických uzlín ?	áno	nie
11. Boli ste liečený posledné 3 mesiace na akné isotretinoinom (Roaccutane^R, Accutane^R), na prostatu finasteridom alebo dutasteridom (Proscar^R, Avodart^R), na plešatosť (Propecia^R) ?	áno	nie
12. Boli ste liečený posledné 3 roky acitretinom (Neotigason^R) alebo etretinatom (Tegison^R) ?	áno	nie

Otázky na rizikové faktory:

13. Mali ste posledných 6 mesiacov:		
- operáciu, lekárske vyšetrenie alebo ošetrenie, endoskopiu, katetrizáciu ciev ?	áno	nie
- tetovanie, piercing, aplikáciu náušníc, akupunktúru, permanentný make up ?	áno	nie
- poranenie, pri ktorom sa rana alebo sliznica dostala do kontaktu s cudzou krvou alebo náhodné poranenie použitou injekčnou ihlou ?	áno	nie
14. Dostali ste niekedy transfúziu krvi ? Ak áno, kedy ? ..... kde ?	áno	nie
15. Transplantovali Vám niekedy tkanivo ľudského alebo iného živočíšneho pôvodu?	áno	nie
16. Absolvovali ste niekedy operáciu mozgu alebo miechy ?	áno	nie
Vyskytla sa vo Vašej rodine Creutzfeldt -Jakobova choroba alebo akákoľvek iná prenosná spongioformná encefalopatia ?	áno	nie
Boli ste liečený prípravkami z ľudskej hypofýzy (rastový hormón) ?	áno	nie
17. Zdržiavali ste sa v r.1980–1996 spolu 6 a viac mesiacov vo Veľkej Británii / Írsku ?	áno	nie
18. Boli ste v priebehu posledných 6 mesiacov mimo Slovenskej republiky ?	áno	nie
19. Narodili ste sa alebo ste žili viac ako 6 mesiacov mimo Európy? Ak áno, kde: Od kedy žijete v Európe	áno	nie
20. Boli ste posledných 6 mesiacov v kontakte s osobou, ktorá mala v tom čase infekčnú žltačku alebo iné infekčné ochorenie ?	áno	nie
21. Mali ste v priebehu posledných 3 mesiacov pohlavný styk s novým sexuálnym partnerom ?	áno	nie
22. Boli ste Vy alebo Váš sexuálny partner, v súčasnosti alebo v minulosti, v niektorej z nasledujúcich situácií :		
- pozitívny test na HIV, syfilis alebo na infekčnú žltačku ?	áno	nie
- užívateľom drog alebo anabolických steroidných hormónov ?	áno	nie
- poskytovateľom alebo využívateľom sexuálnych služieb za odmenu formou peňazí alebo drog ?	áno	nie
23. Máte rizikové zamestnanie / koníčky ? (profesionálny vodič, potápač, práca vo výške?	áno	nie

Pre mužov:

24. Mali ste posledných 12 mesiacov sexuálny kontakt s mužom?	áno	nie

Pre ženy:

25. Boli ste posledných 6 mesiacov tehotná alebo ste dojčili?	áno	nie
26. Boli ste liečená pred rokom 1986 hormonálnymi injekciami na neplodnosť?	áno	nie

Vyhlásenie

Vyhlasujem, že som porozumel(a) hore uvedeným otázkam a odpovedal(a) som na všetky otázky pravdivo.

Som si vedomý(á), že v prípade úmyselného zatajenia akýchkoľvek údajov môžem spôsobiť inému poškodenie zdravia alebo smrť a môžem byť stíhaný(á) podľa Trestného zákona SR.

Som oboznámený (á) s možnosťou samovylúčenia a v prípade potreby ju využijem. Považujem sa za vhodného darcu, ktorého krv neohrozí zdravie príjemcu. Ak sa po odbere u mňa objavia známky alebo príznaky infekčného ochorenia, budem o tejto skutočnosti bezodkladne informovať transfúzne pracovisko.

Vyhlasujem, že darujem krv (plazmu, krvné bunky) dobrovoľne a bezplatne a súhlasím s jej využitím pre zdravotnícke účely. Súhlasím s uskutočnením horeuvedených laboratórnych testov.

V ..... podpis darcu

dňa: .....