

Per favor, emlene el qüestionari de salut i firme el consentiment informat per a la donació de sang. La seua informació ha de ser veraç i sincera per a garantir la seguretat de la donació.

QÜESTIONARI GENERAL

SÍ NO

1.	Té vosté entre 18 i 65 anys?		
2.	Pesa més de 50 Kg.?		
3.	Si és dona, està embarassada, ha donat a llum, o ha avortat en els últims 6 mesos?		
4.	En els últims 4 mesos ha tingut contacte domèstic (compartint objectes de neteja personal), o relació sexual, amb persones afectades per hepatitis o SIDA?		
5.	Ha tingut alguna vegada una analítica amb un resultat positiu per al virus de l'hepatitis B, hepatitis C o el virus de la SIDA?		
6.	Ha acceptat en alguna ocasió diners, drogues o un altre tipus de pagament a canvi de mantindre relacions sexuals?		
7.	Ha mantingut relacions sexuals (anals, vaginals o orals) amb: persones infectades per VIH/SIDA, o que s'hagen injectat drogues, o que canvien sovint de parella, o que exercisquen la prostitució?		
8.	En els últims 4 mesos ha començat alguna relació nova, ha mantingut relacions sexuals amb més d'una persona o ha tingut una relació esporàdica?		
9.	S'ha injectat mai drogues (heroïna, cocaïna...), o hormones per a la musculatura, en la seua vida, inclòs si ha sigut una vegada només i encara que haja passat molt de temps?		
10.	Ha de realitzar alguna activitat de risc en les pròximes 12 hores: laboral (conduir vehicle de transport públic, manejar maquinària...), o esportiva (busseig, escalada...)?		

QÜESTIONARI DE SALUT

SÍ NO

Ha sigut exclòs com a donant alguna vegada?		
Pren vosté alguna medicació regularment?		
S'ha fet cap tractament dental en els últims 7 dies?		
Ha pres alguna medicació (aspirina, antiinflamatoris, antibiòtics...) en els últims 7 dies?		
Ha presentat febra, malestar general, diarrea, o alguna infecció en els últims 15 dies?		
Li han posat alguna vacuna en els últims 30 dies?		
Ha estat en contacte amb alguna persona que patira una malaltia contagiosa en els últims 30 dies, i poguera haver-li-la transmesa?		
Li han de practicar alguna intervenció quirúrgica en els pròxims 30 dies?		
Ha pres alguna vegada pastilles per a l'acne, la pròstata, la psoriasi, o la caiguda del cabell: Avidart®, Duagen®, Proscar®, Propecia®, Finasterida®, Neotigasón®, Roacutan®, Isotrex®...?		
Ha sigut hospitalitzat, operat de quelcom o li han fet una endoscòpia (colonoscòpia, gastroscòpia, rectoscòpia, artroscopia...) en els últims 4 mesos?		
S'ha fet un tatuatge, "pírcing", o acupuntura amb material que no siga d'usar i tirar, en els últims 4 mesos?		
Ha tingut contacte amb sang d'una altra persona a través de mucoses (ulls, boca, anal, genital, ferides...), per esquitada, o per una punxada accidental, en els últims 4 mesos?		
Ha patit una malaltia que haja exigit control mèdic periòdic? De quin tipus? Problemes de fetge <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Autoimmune <input type="checkbox"/> Cardíaca <input type="checkbox"/> Circulatòria <input type="checkbox"/> Càncer <input type="checkbox"/> Diabetis amb insulina <input type="checkbox"/> Epilèpsia, convulsions, síncope <input type="checkbox"/> Al·lèrgia <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/>		
Ha patit alguna infecció greu: hepatitis , sífilis, gonorrea, paludisme (malària), tripanosomiasi (Chagas), leishmaniosi, babesiosis, brucel·losi, toxoplasmosi, mononucleosi, virus linfotròpic humà (HTLV I/II), tuberculosi, febra reumàtica...?		
Té algun tipus d'al·lèrgia a medicaments o a qualsevol altra substància?		
Té problemes hemorràgics o alguna malaltia de la sang (anèmia o excés de glòbuls rojos)?		
Ha rebut hormona de creixement d'origen humà (abans de 1989)?		
Li han transfós sang en alguna ocasió o ha rebut factors de coagulació? On? _____		
Ha rebut teixit procedent d'una altra persona (duramàter, còrnia, altres...)?		
Vosté o algun familiar patix o ha patit la malaltia de Creutzfeldt-Jakob (vaques boges)?		
VIATGES I PROCEDÈNCIA		
Ha viatjat fora d'Espanya en els últims 6 mesos?		
Ha residit durant 12 mesos o més en un altre país que no siga Espanya?		
Ha passat més de 12 mesos (continuats o no) al Regne Unit entre 1980-1996?		
Ha nascut vosté, sa mare, sa iaia materna o la seua parella fora d'Espanya? On? _____		
Quan va tornar del seu últim viatge al seu país d'origen? _____		

IM-CTCV-HEM-01B

DADES DEL DONANT: (Dades a omplir pel personal del CTCV)

LLOC DE EXTRACCIÓ (cc)	DATA	HORA	CODI COL·LECTA:
Data d'última vegada què va acudir a donar:		Nre. de donacions realitzades	

D.N.I.	Targeta SIP	GRUP SANGUINI	NÚMERO DE DONANT
Dona <input type="radio"/>	Home <input type="radio"/>	Castellà <input type="radio"/>	
COGNOMS		NOM	
DATA DE NAIXEMENT	LLOC DE NAIXEMENT	DOMICILI	
CODI POSTAL	POBLACIÓ	PROVÍNCIA	Mòbil: Tel.: E-mail:
OBSERVACIONS			
.....			

DECLARE I RATIFIQUE AMB LA MEUA FIRMA QUE: -No em trobe en cap de les circumstàncies que exclouen de la donació de sang, conec els motius que justifiquen l'exploració clínica i l'anàlisi de la donació i he tingut l'ocasió de demanar aclariments i autoexcloure'm de la donació, en qualsevol moment. -He rebut informació sobre la destinació de la meua donació, sobre els possibles efectes adversos i els riscos de donar sense complir els mínims requisits mèdics necessaris per a això. -He llegit la informació bàsica sobre protecció de dades que m'ha facilitat el personal del CTCV i que garanteix la confidencialitat de les meues dades segons la llei vigent.	Firma Donant:
	NÚMERO DE DONACIÓ:

ESPAI A OMLIR PEL PERSONAL DE L'CTCV, DESPRÉS DE L'ENTREVISTA DE SALUT:					
CONSTANTS	INCIDÈNCIES PRODUCTE:		INCIDÈNCIES DONACIÓ:		TIPUS DE DONACIÓ:
T.A.:	FÀRMAC ALTERA PQ	P22	DOBLE PUNCIÓ	P01	CIDS
Pol:s:	AL·LÈRGIA	P23	PES BAIX	P08	
Hb:	INCIDÈNCIES AFÈRESI		PES EXCESSIU	P09	
Pes:	PLAQ AGREGADES	P25	EXTRACCIÓ LENTA	T12	Codi Exclushió
Talla:	PLASMA HEMÀTIC	P26	EXTRACCIÓ MOLT LENTA	T15	
Altres:	PLASMA LIPÈMIC	P15	CIRCUIT OBERT	P21	Firma Metge/a i Codi
ANALÍTICAS NOMÉS:	ANALÍTICAS ADICIONALS:		REACCIONS ADVERSES:		Firma Entrevistador/a i Codi
INVESTIGACIÓ <input type="radio"/>	Serologia Chagas		HEMATOMA	P03	
ANÀLISI COMPLETA (3 TUBS) <input type="radio"/>	Serologia Malària		PUNCIÓ ARTERIAL	P04	
	Serologia HTLV		PUNCIÓ NERVIOSA	P05	
CONFIRMATORI TRANSMISSIBLES (2 TUBS) <input type="radio"/>	Serologia hepatitis		MAREIG, LIPOTÍMIA	P19	
	DONANT ESPECIAL:		PARÈSTESIA	P17	
ÚS NO TRANSFUSIONAL (P07) <input type="radio"/>	Donant REDMO		ADVERSA GREU (Full hemovigilància)	P32	Firma Infermer/a i Codi
COMENTARIS:					
.....					
.....					