

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).....

Informujemy, że podane przez Pana/Panią w kwestionariuszu dane, zgodnie z Art. 17, ust. 1 Ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 1997 r. Nr 106, poz. 681 z późn. zm.) zostaną umieszczone w rejestrach dawców krwi, będących zbiorem danych osobowych, gromadzonych i przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi, których Administratorem jest Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie. Informujemy, że na podstawie art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych przysługuje Panu/Pani prawo do kontroli przetwarzania danych, dotyczących Pana/Pani, zawartych w rejestrach dawców krwi. Potwierdzam, że zapoznałem / zapoznałam się z powyższą informacją.

Data.....

Podpis krwiodawcy.....

INFORMACJA O CHOROBAH 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, HIV (AIDS), żółtaczką zakaźną B (HBV) lub C (HCV). Jeśli test wypadnie dodatnio, krew 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 HIV (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.

W przypadku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub typu C będą państwo objęci nadzorem przez Powiatową Inspekcję Sanitarną właściwą dla miejsca zamieszkania.

Właściwie zakreślić
TAK NIE

1. Czy przeczytał i zrozumiał/a Pan/Pani "Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców"?
- a) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz., Informacja.....?).
2. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, w którym roku ostatnio ?.....
3. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a?

	TAK	NIE
4. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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"/>
a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni stosował/a Pan/Pani <u>jakikolwiek</u> lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i in.)? Jeżeli tak, to jakie i kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Czy w ciągu ostatnich 5 dni przyjmował/a Pan/Pani aspirynę lub jakikolwiek lek, którego składnikiem jest aspiryna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Jeżeli tak, to jakie?..... Kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała <input type="checkbox"/> b) gorączkę o niejasnej przyczynie <input type="checkbox"/> c) powiększenie węzłów chłonnych <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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"/> , wypryski/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"/> , przedłużenie krwawienia <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"/> , brucelozą <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"/>
9. a) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddawania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny 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/Pani wykonane szycie chirurgiczne? Jeżeli tak, to kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywaną gastroskopię, biopsję lub inne badania diagnostyczne? Jeśli tak, to kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani transfuzje krwi lub jej składników? Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to jakich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani hormon wzrostu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jackoba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czy w okresie od 1 stycznia 1980 r. do 31 grudnia 1996 r. przebywał/a Pan/Pani 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 w Tajlandii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak, to kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 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"/>

	TAK	NIE
19. 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"/>
20. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: 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 i jakie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddawania krwi miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Czy Pana/Pani 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/Pani kontakt z zakaźnie chorym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub w więzieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Czy w ciągu ostatnich 30 dni przebywał/a Pan/i za granicą kraju ? Jeżeli tak to gdzie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tylko dla kobiet		
29. 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"/>
30. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Czy w latach 1965 -1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wyrażam zgodę na zabieg:

- pobrania krwi pełnej
- pobrania osocza metodą plazmaferezy manualnej
- pobrania osocza metodą plazmaferezy automatycznej
- pobrania krwinek płytkowych metodą trombaferezy automatycznej
- pobrania krwinek białych metodą leukaferazy automatycznej
-

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.

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z dostarczonymi materiałami informacyjnymi i zrozumiałem/am ich znaczenie,
- miałem/am możliwość wyjaśnienia wątpliwości
- otrzymałem/am satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie pytania,

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.

Oświadczam, że otrzymałem/am w przystępnej formie informacje na temat możliwości przetworzenia oddanego przeze mnie osocza w leki w przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych.

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: (261 816 591, 261 816 716).

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 czterokrotnego 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 pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane za opłatą do podmiotów leczniczych z przeznaczeniem do celów klinicznych.

Data.....

Podpis krwiodawcy.....

Wyrażam zgodę, aby osocze, uzyskane z pobranej ode mnie krwi pełnej lub pobrane ode mnie metodą aferezy, w przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych, zostało wydane za opłatą do wytwórni farmaceutycznych, jako surowiec do wytwarzania leków.

Data.....

Podpis krwiodawcy.....

Nie wyrażam zgody, aby osocze, uzyskane z pobranej ode mnie krwi pełnej lub pobrane ode mnie metodą aferezy, w przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych, zostało wydane za opłatą do wytwórni farmaceutycznych, jako surowiec do wytwarzania leków.

Data.....

Podpis krwiodawcy.....

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), zawiadomić o tej zmianie Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie: 00-671 Warszawa ul. Koszykowa 78; telefon: 261 816 716, 261 816 673

Data.....

Podpis krwiodawcy.....

Data.....

Podpis lekarza kwalifikującego.....

Data.....

Podpis osoby weryfikującej.....