

Imię i Nazwisko...../

Data urodzenia...../ PESEL...../ Nr donacji.....

Adres zameldowania..... Kod pocztowy.....

Adres do korespondencji..... Kod pocztowy.....

Informujemy, że podane przez Pana/Panią w kwestionariuszu dane, zgodnie z Art.17, ust.1 Ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 1997r. 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 RCKiK w Łodzi. Informujemy, że na podstawie art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych przysługuje Panu/Pani prawo do kontroli przetwarzania danych 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:

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić czy nie jesteś zakażony/a kiłą, AIDS, żółtaczką zakaźną B lub C. Jeżeli 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 ona być źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne.

Nie oddawaj więc krwi, jeżeli przez ryzykowne kontakty naraziłeś/aś się na niebezpieczeństwo.

Ryzyko stwarzają:

- 1.Kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami.
- 2.Kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki w postaci zastrzyków.
- 3.Kontakty seksualne w celu zarobkowym.
- 4.Wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
- 5.Kontakty seksualne z osobami, u których testy w kierunku AIDS, kiły czy żółtaczki zakaźnej B lub C wypadły dodatnio.
- 6.Kontakty seksualne z partnerem/partnerką, których znasz od niedawna.

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 powyżej sytuacje i skrupulatnie odpowiesz na postawione pytania. Twoje dane będą traktowane poufnie. Przy pozytywnych wynikach (wskazujących na infekcję), zostaniesz o tym poinformowany przez lekarza.

Dziękujemy za współpracę!

Uprzejmie prosimy o odpowiedź na poniższe pytania, zakreślając kratkę znakiem **X** przy właściwej odpowiedzi.

1/	a) Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „ Informację dla krwiodawców o chorobach zakaźnych ”	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
	b) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia w sytuacjach podanych w powyższej informacji ?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
2/	Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, w którym roku ostatnio?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
3/	Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
4/	Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne? Jeżeli tak, to jakie i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
5/	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/i lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę 38°C? (lub wyższą)?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
6/	a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani jakiegokolwiek lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki)? Jeżeli tak, to jakie i kiedy?..... (Dotyczy także leków : Proscar® przeciw przerostowi prostaty i Roaccutan®, Isotrex.Aknenormin przeciw trądzikowi).	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
	b) Czy w ciągu ostatnich 5 dni przyjmował/a Pan/Pani jakikolwiek lek, którego składnikiem jest aspiryna np: Piroxicam (Felden), Polopiryna, Scorbolamid, Etopiryna, itp.	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
7/	Czy w okresie ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia w tym p/w wścieklicznie ? Jeżeli tak, to kiedy i jakie?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
8/	Czy zauważył Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała, b) <input type="checkbox"/> nieuzasadnioną gorączkę, c) <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych? Kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

9/	Czy choruje Pan/Pani, bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a Pan/Pani dolegliwości ze strony wymienionych poniżej narządów i układów?		
	a) choroby układu krążenia: <input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> duszności <input type="checkbox"/> udar mózgu <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca <input type="checkbox"/> zawał serca. Jeżeli tak, to kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
	b) choroby skóry i układu oddechowego: <input type="checkbox"/> łuszczyca <input type="checkbox"/> wypryski/wysypka <input type="checkbox"/> uczulenia <input type="checkbox"/> katar sienny <input type="checkbox"/> astma. Jeżeli tak, to: kiedy?..... Jakie leki aktualnie Pan/Pani przyjmuje?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
	c) Inne choroby: <input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> choroby krwi <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych <input type="checkbox"/> nowotwór <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia <input type="checkbox"/> choroby nerek <input type="checkbox"/> choroby nerwowe <input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> choroby tarczycy <input type="checkbox"/> choroby płuc <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku Jeżeli tak, to kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
	d) <input type="checkbox"/> kiła <input type="checkbox"/> rzeżączka <input type="checkbox"/> toksoplazmoza <input type="checkbox"/> bruceloza <input type="checkbox"/> gruźlica <input type="checkbox"/> mononukleozą zakaźną Jeżeli tak, to kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
	e) <input type="checkbox"/> gorączka Q <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu. Jeżeli tak to kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
10/	Czy był Pan/Pani narażony na zakażenie wścieklizną? Jeżeli tak to kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
11/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny, miał/a wypadek lub szczie rany? Jeżeli tak, to jakie i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
12/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywaną gastroscopię, biopsję, artroskopię, rektoskopię, kolonoskopię lub inne badania diagnostyczne? Kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
13/	Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani transfuzję krwi lub jej składników? Jeżeli tak to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą)?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
14/	Czy przyjmuje Pan/Pani na stałe dożylnie preparaty immunoglobulin lub inne produkty osoczo pochodne (z wyjątkiem albuminy ludzkiej)? Jeśli tak to jakie?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
15/	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki oka, opony twardej lub innych tkanek ludzkich lub odzwierzęcych)? Jeżeli tak, to kiedy i jakich?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
16/	Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek leczony lekami pozyskiwanymi z ludzkiej przysadki mózgowej np. hormon wzrostu? Jeżeli tak to jakimi i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
17/	Czy używał/a Pan/Pani sterydów np. uprawiając kulturystykę lub inny sport? Jeżeli tak to jakich i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
18/	Czy był/a Pan/Pani poddany terapii insuliną bydlęcą lub surowicą bydlęcą? Jeśli tak to jaka i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
19/	Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba? (odmiana ludzka gąbczastego zwyrodnienia mózgu - TSE)	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
20/	Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a Pan/Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji, Irlandii, na Wyspach Normandzkich, Wyspie Man, czy na Falklandach lub Gibraltarze?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
21/	Czy po 1 stycznia 1980r. przebył/a Pan/Pani operację i/lub terapię krwią i/lub terapię produktem krwiopochodnym we Francji, Wielkiej Brytanii, Irlandii, na Wyspach Normandzkich, Wyspie Man, Gibraltarze czy na Falklandach? Jeśli tak to w jakim kraju i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
22/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej, Zachodniej lub w Tajlandii? Jeżeli tak to kiedy nastąpił powrót do Polski?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
23/	Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii (patrz mapka) lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak to kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
24/	Czy chorował/a Pan/Pani na: <input type="checkbox"/> malarię <input type="checkbox"/> inne choroby tropikalne?..... Jeżeli tak, to kiedy i jakie?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
25/	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach (patrz informacja dla krwiodawców), gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
26/	Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę zakaźną? Jeżeli tak, to kiedy?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
27/	Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy chorował na żółtaczkę zakaźną lub miał kiedykolwiek stwierdzony dodatni wynik badania na WZW B lub C czy HIV? Jeżeli tak to jaki i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
28/	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
29/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką (zakłucie zanieczyszczoną igłą, pryśnięcie krwi na śluzówki)?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
30/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: <input type="checkbox"/> tataż <input type="checkbox"/> akupunkturę <input type="checkbox"/> depilację kosmetyczną <input type="checkbox"/> przekłucie uszu lub innych części ciała? Jeżeli tak, to kiedy i jakie?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
31/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub w więzieniu?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
32/	Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

33/	Czy wykonuje Pan/i niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby? Jakież?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

Pytania (34-36) wyłącznie dla kobiet

34/	Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

35/	Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, proszę podać datę ostatniej miesiączki.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

36/	Czy w latach 1965 -1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

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. Świadomy/a odpowiedzialności wynikającej z podania fałszywych danych, które mogą być przyczyną poważnych powikłań u chorych (biorców krwi) prawdziwość powyższych danych w kwestionariuszu potwierdzam własnoręcznym podpisem

DataPodpis krwiodawcy.....

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (właściwe zakreślić) na przechowywanie w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii materiału służącego do izolacji DNA/RNA lub izolowanego DNA/RNA po zakończeniu diagnostyki, z zachowaniem tajemnicy danych oraz na wykorzystywanie mojego DNA/RNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego antygenów komórek krwi, z zachowaniem warunków anonimowości.

Data.....Podpis krwiodawcy.....

Wyrażam zgodę aby pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane za opłatą do podmiotów leczniczych z przeznaczeniem na cele kliniczne

Data.....Podpis krwiodawcy.....

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (właściwe zakreślić) 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.....

Wypełnia lekarz:	<input type="checkbox"/> Krwi Pełnej (450 ml.)	<input type="checkbox"/> Krwi Pełnej dla celu autotransfuzji
Kwalifikacja do Oddania... (Rodzaj zabiegu)	<input type="checkbox"/> Krwinek Czerwonych metodą erytroaferezy	<input type="checkbox"/> Próbki do badań kontrolnych lub kwalifikacyjnych (.....)
	<input type="checkbox"/> Osocza metodą plazmaferezy	<input type="checkbox"/> Krwi pełnej dla celów badań konsultacyjnych (EXml.)
	<input type="checkbox"/> Płytek krwi metodą trombaferozy	<input type="checkbox"/> Inne.....

Brak kwalifikacji. Przyczyna

Data.....Podpis i pieczętka lekarza.....

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 lub podjąć decyzję o samodyskwalifikacji po oddaniu krwi. Zostałem/am poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia. Otrzymałem w przystępnej formie informacje na temat możliwości przetworzenia oddanego przeze mnie osocza w leki przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych. O każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania (pobytu) zobowiązuję się powiadomić Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi w tym celu by lekarz Centrum mógł mnie zawiadomić w przypadku dodatnich wyników badań wirusologicznych.

Kontakt telefoniczny (Jeżeli wyraża Pan/Pani zgodę).tel.....

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

Przyjąłem powyższe do wiadomości i wyrażam zgodę na proponowany powyżej zabieg

Data.....Podpis krwiodawcy.....

Oświadczam, że podczas wykonywania badań kwalifikacyjnych oraz zabiegów związanych z oddawaniem krwi, pielęgniarki używały wyłącznie sprzętu do jednorazowego użytku, w tym również jednorazowych rękawic ochronnych. Wymieniony powyżej sprzęt był przeznaczony tylko dla mnie, a pielęgniarka w mojej obecności zakładała nowe rękawice ochronne. Nie mam żadnych zastrzeżeń co do sposobu wykonywania zabiegu.

.....
Podpis krwiodawcy po pobraniu próbki krwi do badań

.....
Podpis krwiodawcy po oddaniu krwi lub jej składnika

Weryfikacja kwestionariusza: Data.....Podpis i pieczętka osoby sprawdzającej.....