

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. 2014 poz. 332 i DZ. U. 2016 poz. 823) zostaną umieszczone w rejestrach dawców krwi, będących zbiorem danych osobowych, gromadzonych i przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi, których Administratorem jest minister właściwy do spraw zdrowia. 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 ZAKAŹNYCH 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 dawca 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 <b>przeczytał/a</b> i zrozumiał/a Pan/Pani „ <b>Informację dla krwiodawców o chorobach zakaźnych</b> ”?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
	b) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia <b>podane w powyższej informacji</b> ?	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 <b>jakiegokolwiek</b> 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 2 dni przyjmował/a Pan/Pani <b>jakiegokolwiek</b> lek, którego składnikiem jest <b>aspiryna</b> np: Piroxicam (Felden), Polopiryna, Scorbolamid, Etopiryna, i.in.	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 <input type="checkbox"/> odczyn anafilaktyczny 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 gastroskopię, biopsję, artroskopię, rektoskopię, kolonoskopię lub inne badania diagnostyczne? Kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
13/	Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani transfuzje 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 kiedykolwiek był Pan /Pani leczony preparatami immunoglobulin lub innymi produktami osoczo-pochodnymi? Jeśli tak to jakimi i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
15/	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki oka lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to kiedy i jakich?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
16/	Czy był 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 Pan/Pani sterydów np. do kulturystyki? Jeżeli tak to jakich i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
18/	Czy był 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, Wyspach Normandzkich, Wyspie Man, czy na Falklandach lub Gibraltarcie ?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
21/	Czy po 1 stycznia 1980 r. przebył Pan/Pani operację i/lub terapię krwią/i lub terapię produktem krwiopochodnym w Francji, Wielkiej Brytanii, Irlandii, na Wyspach Normandzkich, Wyspie Man, Gibraltarcie czy na Falklandach? Jeśli tak to w jakim kraju i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
22/	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani poza terenem Polski? Jeżeli tak to gdzie i kiedy?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
23/	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"/>
24/	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"/>
25/	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"/>

26/	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"/>
27/	Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę zakaźną? Jeżeli tak, to kiedy? .....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
28/	Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy chorował na żółtaczkę?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
29/	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?.	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
30/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan/Pani <b>przypadkowy</b> kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką (zakłucie zanieczyszczoną igłą, prysnięcie krwi na śluzówki)?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
31/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: <input type="checkbox"/> Tatuaż, <input type="checkbox"/> Akupunkturę, <input type="checkbox"/> Depilację kosmetyczną, <input type="checkbox"/> Przekłucie uszu lub innych części ciała, <input type="checkbox"/> zabiegi kosmetyczne połączone z naruszeniem powłok skórnych Jeżeli tak ,to kiedy i jakie?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
32/	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub w więzieniu?.	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
33/	Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi ?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
34/	Czy wykonuje Pan/i niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby?. Jakie?.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

**Pytania (35-37) wyłącznie dla kobiet**

35/	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"/>
36/	Czy Pani miesiączkuje?. Jeżeli tak, proszę podać datę ostatniej miesiączki.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
37/	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, 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**

**Data .....** **Podpis Krwiodawcy.....**

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** (właściwie 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 do celów klinicznych, zgodnie z art.19.1 Ustawy z dnia 22 sierpnia 1997r.o publicznej służbie krwi (Dz.U.2014 poz.332 i DZ.U. 2016 poz. 823)

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

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** (właściwie 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
<input type="checkbox"/> Krwinek Czerwonych metodą erytroaferezy	<input type="checkbox"/> Próbkki do badań kontrolnych lub kwalifikacyjnych (.....)
<input type="checkbox"/> Osocza metodą plazmaferezy	<input type="checkbox"/> Krwi pełnej dla celów badań konsultacyjnych (EX .....ml.)
<input type="checkbox"/> Płytek krwi metodą trombaferazy	<input type="checkbox"/> Inne.....

Nie kwalifikuje się do oddania krwi. Przyczyna .....

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

<p><b>Oświadczenie dawcy/dawczyni</b></p> <p><b>Oświadczam, że:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zapoznałem/am się z dostarczonymi materiałami informacyjnymi i zrozumiałem/am ich znaczenie</li> <li>- miałem/am możliwość wyjaśnienia wątpliwości.</li> <li>- otrzymałem/am satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania.</li> </ul> <p>Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy krwi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.</b></li> <li>- zostałem/am poinformowany/a o rodzaju zabiegu i jego częstotliwości oraz o tym, że <b>w każdej chwili mogę wycofać zgodę</b> na oddanie krwi lub podjąć decyzję o <b>samodyskwalifikacji</b> po oddaniu krwi.</li> <li>- <b>Zostałem/am</b> poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia.</li> <li>- Otrzymałem w przystępnej formie informacje na temat możliwości przetworzenia oddanego przeze mnie osocza w leki przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych.</li> <li>- <b>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 dodatknych wyników badań wirusologicznych.</b></li> </ul> <p><b>Kontakt telefoniczny (Jeżeli wyraża Pan/Pani zgodę).tel.....</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od zakończenia donacji <b>jakichkolwiek objawów chorobowych, zobowiązuję się do</b> telefonicznego powiadomienia lekarza, który zakwalifikował mnie do oddania krwi.</li> <li>- W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań <b>zobowiązuję się</b> 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, <b>Przyjąłem powyższe do wiadomości i wyrażam zgodę na proponowany powyżej zabieg</b></li> </ul> <p>Data.....<b>Podpis krwiodawcy</b>.....</p>	<p><b>Oświadczam,</b> 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.</p>  <table border="0"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: bottom;"> <p>.....</p> <p>Podpis krwiodawcy po pobraniu próbki krwi do badań</p> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"> <p>.....</p> <p>Podpis krwiodawcy po oddaniu krwi lub jej składnika</p> </td> </tr> </table>	<p>.....</p> <p>Podpis krwiodawcy po pobraniu próbki krwi do badań</p>	<p>.....</p> <p>Podpis krwiodawcy po oddaniu krwi lub jej składnika</p>
<p>.....</p> <p>Podpis krwiodawcy po pobraniu próbki krwi do badań</p>	<p>.....</p> <p>Podpis krwiodawcy po oddaniu krwi lub jej składnika</p>		

**Weryfikacja kwestionariusza:** Data.....Podpis i pieczęć osoby sprawdzającej.....