

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 66 Pieczętka OT / Ekipa	FORMULARZ	SOP-KiP-Rej.1.1 / F-01
	KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCY	Nr dok. związanego: SOP-KiP-Rej. 1.1
		Data obowiązywania: 14-05-2019 r.
		Wersja 10
		Strona 1 z 4

INFORMACJA O CHOROBAH ZAKAŻNYCH DLA KRWIODAWCÓW

O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi:

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażony/a krętkiem kiły, wirusem HIV (odpowiedzialnym za AIDS), wirusem zapalenia wątroby typu 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 narażeś/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), krętka kiły lub wirusów zapalenia wątroby typu B lub C (żółtaczkę 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. Ponadto informacje dodatnich wyników badań zostaną przekazane Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn.25.03.2014r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz.U. 2014 poz. 459 z późniejszymi zmianami). Dziękujemy za współpracę.

Informujemy, że podane przez Pana / Panią w kwestionariuszu dane, zgodnie z art. 17. ust. 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi zostaną umieszczone w rejestrach dawców krwi, będących zbiorem danych osobowych, gromadzonych i przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi, których administratorem jest RCKiK Kielce. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych krwiodawców wskazano w klauzuli informacyjnej umieszczonej w kilkunastu miejscach w punkcie rejestracji krwiodawców oraz na stronie internetowej pod adresem www.rckik-kielce.com.pl w zakładce BIP Inspektor Ochrony Danych.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższymi informacjami:

Data Podpis krwiodawcy.....

NAZWISKO i IMIĘ										NR DONACJI:		
PESEL										Data ur.:		
Właściwe zakreślić (znakiem X)										TAK	NIE	
1	Czy przeczytał i zrozumiał Pan/Pani „Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców” ?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) Czy był/a Pan / Pani narażona na ryzyko zakażenia (patrz „Informacja...”)										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Czy już oddawał/a Pan / Pani krew? Jeżeli tak, w którym roku ostatnio ?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy czuje się Pan / Pani obecnie zdrowy/a ?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
6	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan / Pani JAKIEKOLWIEK lekarstwa (tabletki, czopki, maści, zastrzyki i in..) ? Jeżeli tak, to jakie i kiedy ?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan / Pani aspirynę lub jakikolwiek lek, którego składnikiem jest aspiryna ? Jeżeli tak, jakie i kiedy ?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia ? Jeżeli TAK, jakie i kiedy ?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała <input type="checkbox"/> gorączkę o niejasnej przyczynie <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 66 Pieczętka OT / Ekipa	FORMULARZ	SOP-KiP-Rej.1.1 / F-01
	KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCY	Nr dok. związanego: SOP-KiP-Rej. 1.1
		Data obowiązywania: 14-05-2019 r.
		Wersja 10
		Strona 2 z 4

		TAK	NIE
10	<p>Czy choruje Pan / Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości ?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> 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,</p> <p>Jeżeli TAK, to kiedy ?</p> <p>b. <input type="checkbox"/> choroby skóry, <input type="checkbox"/> wypryski / wysypka, <input type="checkbox"/> uczulenia, <input type="checkbox"/> katar sienny, <input type="checkbox"/> astma,</p> <p>Jeżeli TAK, to kiedy ?</p> <p>c. <input type="checkbox"/> cukrzyca, <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku, <input type="checkbox"/> choroby tarczycy, <input type="checkbox"/> choroby krwi, <input type="checkbox"/> choroby nerek, <input type="checkbox"/> choroby nerwowe, <input type="checkbox"/> padaczka, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> nowotwór, <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego, <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia, <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych</p> <p>Jeżeli TAK, to kiedy ?</p> <p>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,</p> <p>Jeżeli TAK, to kiedy ?</p> <p>e. <input type="checkbox"/> gorączka Q, <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu, <input type="checkbox"/> zakażenie wirusem ZIKA, <input type="checkbox"/> inne choroby zakaźne</p> <p>Jeżeli TAK, to kiedy ?</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
11	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pan/Pani wykonywaną gastroskopię, biopsję lub inne badanie diagnostyczne ? Jeżeli TAK, to kiedy ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania chorował/a Pan / Pani ciężko albo przeżył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek ? Jeżeli TAK, to kiedy ?	<input type="checkbox"/>	<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)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki, komórek, ksenotransplantów lub innych tkanek) ? Jeżeli TAK, to jakich ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani hormon wzrostu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta - Jakoba ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	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: Anglii, Szkocji, Walii, Płn. Irlandii, Gibraltarze, na Falklandach, Wyspach Normandzkich, Wyspie Man lub Francji bądź Irlandii ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał Pan/Pani poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej ? Jeżeli TAK, to gdzie, kiedy ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Czy przeżył/a Pan/Pani kiedykolwiek reakcję anafilaktyczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Czy mieszkał 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"/>
21	Czy chorował/a Pan/Pani na malarię lub inne choroby tropikalne ? Jeżeli TAK, jakie i kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi (np. USA, Kanada, Meksyk) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonano 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 ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał/a Pan / Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi ludzką krwią ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę (zakaźną)? Jeżeli TAK, to kiedy ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 66 Pieczętka OT / Ekipa	FORMULARZ	SOP-KiP-Rej.1.1 / F-01
	KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCY	Nr dok. związanego: SOP-KiP-Rej. 1.1
		Data obowiązywania: 14-05-2019 r.
		Wersja 10
		Strona 3 z 4

		TAK	NIE
26	Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny przechodził/a żółtaczkę ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan / Pani kontakt z zakaźnie chorym ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Czy miał/a pan/i bliski kontakt w warunkach domowych z chorym na wirusowe zapalenie wątroby lub nosicielem wirusów zapalenia wątroby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie, więzieniu lub w innym miejscu, w którym przebywają osoby pozbawione wolności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Czy kiedykolwiek zalecono Pani/Panu rezygnację z oddawania krwi ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Czy przebył Pan/Pani operację i/lub terapię krwią / produktem krwiopochodnym po 1 stycznia 1980 w Anglii, Szkocji, Walii, Płn. Irlandii, Gibraltarze, na Falklandach, Wyspach Normandzkich, Wyspie Man ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Czy Pan/Pani stale przyjmuje/przyjmował/a dożylnie immunoglobuliny <u>i / lub</u> inne produkty osoczone pochodne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Czy kiedykolwiek przyjmował/a Pan/Pani preparaty otrzymywane z ludzkiej przysadki mózgowej ? Jeżeli TAK, jakie i kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Czy kiedykolwiek przyjmował/a Pan/Pani sterydy używane w kulturystyce ? Jeżeli TAK, jakie i kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Czy kiedykolwiek przyjmował/a Pan/Pani insulinę wołową lub inne surowice wołowe ? Jeżeli TAK, jakie i kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Czy był Pan/Pani narażony na zakażenie wścieklizną ? Jeśli tak, to kiedy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Czy kiedykolwiek stosował /a Pan/Pani dożylnie lub domięśniowo substancje nie przepisane na receptę? Jeśli tak, to kiedy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TYLKO DLA KOBIEC		TAK	NIE
39	Czy jest Pani w ciąży lub była Pani 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"/>
	Ile razy w ciągu całego życia była Pani w ciąży i kiedy ostatnio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Czy Pani miesiączkuje ? Jeżeli TAK, to kiedy ostatnio Jeżeli NIE, to podać powód.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Czy w latach 1965 – 1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wyrażam zgodę na zabieg (zaznacz właściwy):

- pobrania 450 ml krwi pełnej,
 pobrania osocza metodą plazmaferezy automatycznej
 pobrania krwinek płytkowych metodą trombaferazy 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/em się z dostarczonymi materiałami informacyjnymi i zrozumiałam/em ich znaczenie, miałam/em możliwość wyjaśnienia wątpliwości, otrzymałam/em satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie zadane 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/lam 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. W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań zobowiązuję się do **terminowego** zgłoszenia się do Centrum. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo 4-krotnego zawiadomienia wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane, centrum nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.

Data.....

Podpis krwiodawcy

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 66 Pieczętka OT / Ekipa	FORMULARZ	SOP-KiP-Rej.1.1 / F-01
	KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCY	Nr dok. związanego: SOP-KiP-Rej. 1.1
		Data obowiązywania: 14-05-2019 r.
		Wersja 10
		Strona 4 z 4

Wyrażam zgodę 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 oraz dotyczących czynników zakaźnych, z zachowaniem warunków anonimowości.

TAK NIE

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 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U.2017 poz.1371, z późn. zm.)

TAK NIE

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.

TAK NIE

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania(adresu), zawiadomić o tej zmianie Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach, ul Jagiellońska 66;

tel. nr 41 33-59-422

Data..... Podpis krwiodawcy

WYPEŁNIA LEKARZ – w przypadku dyskwalifikacji tymczasowej / stałej

Rodzaj dyskwalifikacji	Powód	Termin

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o powodzie dyskwalifikacji.
 W przypadku dyskwalifikacji stałej przyjmuję do wiadomości, że nigdy i nigdzie nie mogę oddać krwi i jej składników.

Data..... Podpis krwiodawcy

Data..... Podpis osoby sprawdzającej :

Data..... Podpis osoby weryfikującej kwestionariusz: