

## DOTAZNÍK PRE DARCOV KRVI, PLAZMY A KRVNÝCH BUNIEK

Meno a priezvisko: ..... Rodné číslo: .....

### Vážení darca,

vopred Vám ďakujeme za prejavenu ochotu darovať krv, plazmu alebo krvné bunky na Hematologicko – transfuziologickom oddelení Nemocnica AGEL Košice – Šaca a.s. Pred darovaním Vám vyšetříme krvný obraz, teplotu, tlak krvi a podrobíte sa lekárskeho vyšetreniu. V odobratej krvi vyšetříme krvnú skupinu, povrchový antigén vírusu hepatitídy B (HBsAg), protilátky proti vírusu hepatitídy C (anti-HCV), protilátky proti core antigénu vírusu hepatitídy B (anti-HBc), protilátky proti vírusu AIDS (anti-HIV), testy na syfilis a pečňový enzým ALT. O výsledkoch týchto vyšetrení Vás budeme informovať iba v prípade, ak by ovplyvnili Vašu spôsobilosť k darovaniu krvi, alebo ak budú potrebné doplňujúce vyšetrenia. Tieto vyšetrenia majú zabrániť prenosu infekčných ochorení darovanou krvou. Niekedy, najmä v prípade čerstvej infekcie, môžu byť výsledky negatívne, pričom infekcia sa môže preniesť darovanou krvou na príjemcu transfúzie. Preto je potrebné, **aby ste pravdivo odpovedali na každú z nasledovných otázok. Pri nejasnostiach sa môžete poradiť s lekárom nášho oddelenia.** V prípade zatajenia niektorých skutočností vystavujete príjemcov transfúzie riziku infekcie. Prosíme Vás, aby ste pravdivo vyplnili dotazník, ktorý je súčasťou povinného vyšetrenia pred darovaním krvi a krvných zložiek v zmysle vyhlášky 158/2015 Z.z. o požiadavkách na správnu prax prípravy transfúzných liekov.

### Správne odpovede zakrúžkujte !

1. Cítite sa zdravý?	Áno	Nie
2. Darovali ste v minulosti krv, plazmu alebo krvné bunky?	Áno	Nie
3. Boli ste niekedy v minulosti vyradený z darovania krvi?	Áno	Nie
4. Zaznamenali ste za posledných 12 mesiacov nevysvetliteľnú stratu váhy, teplotu, potenie, psychické zmeny, zväčšenie lymfatických uzlín?	Áno	Nie
5. Boli ste posledný mesiac očkovaný?	Áno	Nie
6. Boli ste posledné 3 dni ošetrovaný zubným lekárom?	Áno	Nie
7. Mali ste posledný mesiac nádchu, hnačky, prisátého kliešťa, uhryznutie zvieraťom, herpes, teplotu nad 38°C?	Áno	Nie
8. Pre ženy:		
• Boli ste posledných 6 mesiacov tehotná alebo ste kojili?	Áno	Nie
• Boli ste liečená pred rokom 1986 hormonálnymi injekciami pre neplodnosť?	Áno	Nie
9. Mali ste niekedy alebo máte:		
• Infekčnú žltáčku, tuberkulózu, boreliózu, toxoplazmózu, brucelózu, infekčnú mononukleózu?	Áno	Nie
• Maláriu alebo inú tropickú chorobu (babezióza, kala-azar, tularémia, listerióza, Q-horúčka, Chagasova choroba, leishmanióza)?	Áno	Nie
• Zápal kostí, reumatickú horúčku, reumatologické ochorenie?	Áno	Nie
• Srdcové ochorenie, vysoký alebo nízky krvný tlak?	Áno	Nie
• Ochorenie pľúc, astmu, alergiu, sennú nádchu?	Áno	Nie
• Ochorenie vylučovacieho ústrojenstva (chronické zápaly, zlyhávanie obličiek)?	Áno	Nie
• Krvné ochorenie (chudokrvnosť, krvácavé prejavy)?	Áno	Nie
• Ochorenie nervového systému (kŕče, epilepsia, depresia, schizofrénia, prenosná spongiformná encefalopatia)?	Áno	Nie
• Ochorenie látkovej výmeny (cukrovka, štítna žľaza)?	Áno	Nie
• Kožné ochorenia (hnisavé prejavy, ekzém, lupienka-psoriáza)?	Áno	Nie
• Ochorenie tráviaceho systému (vredová choroba, choroby pečene a pankreasu)?	Áno	Nie
• Nádorové ochorenia a aké?	Áno	Nie
• Autoimunitné ochorenie, poruchy imunitného systému?	Áno	Nie
• Sexuálne prenosné ochorenie?	Áno	Nie
10. Užívali ste posledný mesiac nejaké lieky? Aké?	Áno	Nie
11. Pichali ste si niekedy drogy alebo iné steroidné hormóny?	Áno	Nie
12. Prekonali ste niekedy infekciu HIV 1/2, HTLV I/II alebo ste boli nosičom týchto infekcií?	Áno	Nie
13. Dali ste si niekedy zaplatiť za sex formou peňazí alebo drog?	Áno	Nie
14. Pre mužov: Mali ste posledných 12 mesiacov intímny kontakt s iným mužom?	Áno	Nie
Pre ženy: pripúšťate možnosť, že niektorý muž s ktorým ste mali posledných 12 mesiacov sexuálny kontakt, mal intímny kontakt s iným mužom?	Áno	Nie

15. Mali ste za posledných 12 mesiacov intímny kontakt:		
• S partnerom, ktorý je HIV pozitívny alebo má infekčnú žltáčku?	Áno	Nie
• S partnerom, ktorý si pichá alebo pichal drogy?	Áno	Nie
• S partnerom, ktorý si dal zaplatiť za sex formou peňazí alebo drog?	Áno	Nie
• S iným ako s Vaším stálym intímnym partnerom alebo s osobou zo zahraničia? S prostytutkou?	Áno	Nie
16. Mali ste posledných 6 mesiacov (týkajúce sa Vás zakrúžkujte):		
• Operáciu, lekárske vyšetrenie alebo ošetrenie, endoskopi, katetrizáciu ciev?	Áno	Nie
• Tetovanie, piercing, aplikáciu náušnic, akupunktúru, permanentný make up?	Áno	Nie
• Poranenie, kedy sa rana alebo Vaša sliznica dostala do kontaktu s cudzou krvou alebo náhodné poranenie použitou injekčnou ihlou?	Áno	Nie
17. Dostali ste niekedy transfúziu krvného prípravku?	Áno	Nie
18. Boli ste posledných 6 mesiacov (v rodine alebo zamestnaní) v kontakte s osobou, ktorá mala v tom čase infekčnú žltáčku alebo iné infekčné ochorenie?	Áno	Nie
19. Narodili ste sa v cudzine alebo ste žili v oblasti výskytu malárie? Kde? Kedy?	Áno	Nie
20. Zdržovali ste sa v posledných 6 mesiacov v Afrike, Ázii, Amerike? Kde? Kedy?	Áno	Nie
21. Zdržovali ste sa v r. 1980-1996 spolu 6 a viac mesiacov vo Veľkej Británii/Írsku?	Áno	Nie
22. Boli ste operovaný alebo ste dostali transfúziu od roku 1980 vo Veľkej Británii/Írsku?	Áno	Nie
23. Vyskytla sa vo Vašej rodine Creutzfeldt-Jakobova choroba alebo akákoľvek iná prenosná spongiliformná encefalopatia?	Áno	Nie
24. Bol alebo je niekto z Vašich príbuzných liečený pre stratu pamäti na neurologickom alebo psychiatrickom oddelení a na toto ochorenie zomrel?	Áno	Nie
25. Transplantovali Vám tkanivo ľudského alebo iného živočíšneho pôvodu?	Áno	Nie
26. Boli ste liečený prípravkami z ľudskej hypofýzy (rastový hormón)?	Áno	Nie
27. Boli ste liečený posledné 3 mesiace na akné isotretinoinom (Roaccutane <sup>®</sup> , Accutane <sup>®</sup> ) na prostatu finasteridom (Proscar <sup>®</sup> , Avodart <sup>®</sup> ) na plešatosť (Propecia <sup>®</sup> )	Áno	Nie
28. Boli ste liečený posledné 3 roky aciretinom (Neotigason <sup>®</sup> ) alebo etretinatom (Tegison <sup>®</sup> )?	Áno	Nie
29. Boli ste posledných 6 mesiacov vo vyšetrovacej väzbe/výchovno-nápravnom zariadení viac ako 3 dni?	Áno	Nie
30. Máte rizikové zamestnanie/koníčky? (vodič, potápač, práca vo výške)?	Áno	Nie
31. Boli ste liečený krvnými derivátmi?	Áno	Nie

**Prehlásenie:**

Prehlasujem, že som porozumel(a) horeuvedeným otázkam a odpovedal(a) som na všetky otázky pravdivo. Som si vedomý(á), že v prípade úmyselného zatajenia akýchkoľvek údajov môžem spôsobiť inému poškodenie zdravia alebo smrť a môžem byť stíhaný(á) podľa Trestného zákona SR. Som oboznámený(á) s možnosťou samovylúčenia a v prípade potreby ju využijem. Považujem sa za vhodného darcu, ktorého krv neohrozí zdravie príjemcu. Ak sa po odbere u mňa objavia známky alebo príznaky infekčného ochorenia, budem o tejto skutočnosti informovať Hematologicko-transfuziologické oddelenie Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s.

Prehlasujem, že darujem krv (plazmu, krvné bunky) dobrovoľne a súhlasím s jej využitím pre zdravotnícke účely v rámci platnej legislatívy. Súhlasím s uskutočnením horeuvedených laboratórnych testov ako aj so zaevidovaním zistených údajov (pod rodným číslom) do registra darcov krvi za dodržania povinnej mlčanlivosti a dodržania zásad lekárskeho tajomstva v zmysle ustanovení zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V Košiciach - Šaci dňa:.....

Podpis darcu:.....

Ďakujeme Vám za starostlivé vyplnenie dotazníka. Pristúpte prosím po výzve k lekárskeму vyšetreniu.

**Záznam lekára:**  schopný odberu  neschopný odberu

Podpis lekára:.....

**Štítok darcu:**

Poznámka:.....