

ANKIETA DAWCY

Informujemy, że podane przez Pana/Panią w kwestionariuszu dane, zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017r. poz. 1371) 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 swoich danych, dotyczących Pana/Pani zawartych w rejestrach dawców krwi.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją

Data Podpis krwiodawcy.....

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), zawiadomić o tej zmianie Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.

Adres....., telefon

Data Podpis krwiodawcy.....

IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA

PESEL **NUMER DONACJI**.....

Informacja o chorobach zakaźnych dla krwiodawców

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić czy nie jesteś zakażony/a krętkiem kiły, wirusem HIV (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 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), 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.

Dziękujemy za współpracę.

Nr rejestracji kandydata do CRNPDSiKP

Proszę odpowiedzieć, zakreślając właściwy kwadrat – znakiem „X” lub wpisując dane.

Tak Nie

1. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, w którym roku ostatnio ?
2. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a ?
3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne ?
4. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C ?.....
- a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni stosował/a Pan/Pani jakiegokolwiek lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i inne) ?
Jeżeli tak, to jakie i kiedy ?.....
- b) Czy w ciągu ostatnich 5 dni przyjmował Pan/Pani aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna ?.....
5. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia ?.....
Jeśli tak, to jakie ?.....Kiedy ?.....
6. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy:
 - a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała,
 - b) gorączkę o niejasnej przyczynie,
 - c) powiększenie węzłów chłonnych?.....
7. 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), dolegliwości ze strony serca, zawał serca, wada serca, duszność, udar mózgu,
Jeśli tak, jakie?.....
 - b) choroby skóry, wypryski / wysypka, uczulenia, katar sienny, astma
Jeśli tak, to jakie i kiedy ?.....
 - c) cukrzyca, choroby krwi, przedłużone krwawienia, choroby naczyń krwionośnych choroby nerek, choroby przewodu pokarmowego, choroby płuc, choroby nerwowe, choroby tarczycy, padaczka, nowotwór, zapalenie szpiku, choroby układowe, choroby autoimmunologiczne,
Jeśli tak, to kiedy ?.....
 - d) kiła, rzeżączka toksoplazmoza, bruceloza, gruźlica, mononukleozę zakaźną, boreliozę
Jeśli tak, to kiedy ?.....
 - e) gorączka Q, gorączka Zachodniego Nilu,
Jeśli tak, to kiedy ?.....
8. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonaną gastroskopię, kolonoskopię, artroskopię, biopsję lub inne badania diagnostyczne ?.....
9. Czy kiedykolwiek (dawcy pierwszorazowi) lub od czasu ostatniego oddania krwi (dawcy wielokrotni) chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek ?
Jeśli tak, to jakie i kiedy ?.....
10. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję krwi lub jej składników ?
Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą) ?.....
11. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)
Jeżeli tak, to jakich ?.....
12. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani hormon wzrostu ?.....
13. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta–Jakoba ?

14. 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 (Anglia, Walia, Szkocja, wyspa Man, Gibraltar, Falklandy, Irlandia Północna, Wyspy Normandzkie), Francji lub Irlandii ?.....
15. Czy po 1 stycznia 1980 roku miał/a Pan/Pani wykonaną operację, transfuzję krwi lub był/a Pan/Pani leczona produktami krwiopochodnymi w Wielkiej Brytanii (Anglia, Walia, Szkocja, wyspa Man, Gibraltar, Falklandy, Irlandia Północna, Wyspy Normandzkie), Francji lub Irlandii ?
16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał Pan / Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub w Tajlandii ?.....
17. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych ? Jeżeli tak to kiedy ?.....
18. Czy chorował/a Pan/Pani na : malarię, inne choroby tropikalne ?
Jeżeli tak to kiedy i na jakie ?.....
19. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani za granicą kraju ? Jeżeli tak, to gdzie i kiedy ?
.....
20. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani:
 tatuaż, akupunkturę, depilację kosmetyczną, przekłucie uszu lub innych części ciała?
Jeżeli tak to kiedy i jaki zabieg ?.....
21. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani zabiegi chirurgiczne ?.....
22. 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 ?
23. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę ? Jeżeli tak, to kiedy ?.....
24. Czy jest Pan/Pani narażony/a na ryzyko zarażenia się wirusem zapalenia wątroby (żółtaczki zakaźnej) z powodu bliskiego kontaktu (np. wspólne zamieszkiwanie, kontakty seksualne) z osobą chorą na wirusowe zapalenie wątroby lub nosicielem wirusa żółtaczki zakaźnej?.....
25. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym ?.....
26. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy został/a Pan/Pani ugryziony/a lub miał/a kontakt ze zwierzęciem chorym na wściekliznę?
27. a) Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „Informacje o chorobach zakaźnych dla dawców” (na str.1)?
b) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia wymienione w tej informacji ?.....
28. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu ?.....
29. Czy kiedykolwiek zalecano Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi ?.....
30. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby?

Tylko dla kobiet

31. Czy jest Pani obecnie w ciąży, była w ciąży kiedykolwiek (dawcy pierwszorazowi) lub od czasu ostatniej donacji krwi (dawcy wielokrotni) ?
Jeżeli tak, to proszę podać datę porodu.....
32. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?.....
33. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki z hormonów w celu leczenia niepłodności ?

Wyrażam zgodę na (zaznaczyć właściwe):

- pobranie krwi pełnej,
- pobranie osocza metodą plazmaferezy automatycznej,
- pobranie krwinek płytkowych metodą trombaferezy automatycznej,
- wpisanie do Centralnego Rejestru Niepokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej

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 stanu mojego zdrowia. Oświadczam, że zgodnie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą, podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Oświadczam, że :

- zapoznałam/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/składnika 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 powiadomienia lekarza, który zakwalifikował mnie do oddania krwi.

Numery telefonów do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie oraz do Oddziałów Terenowych znajdują się na stronie internetowej: www.rckik.lublin.pl oraz na opakowaniach zbiorczych czekolad.

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

Data Podpis krwiodawcy

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.

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. z 2017r. poz. 1371).

Data Podpis krwiodawcy

Wyrażam zgodę / 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.

**właściwe zakreślić*

Data Podpis krwiodawcy

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997r. Nr 133 poz. 883) w celu rekrutacji oraz zarejestrowania dawcy szpiku w Centralnym Rejestrze Niepokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.

Data Podpis dawcy szpiku

Data Podpis lekarza sprawdzającego ankietę

.....
data oraz podpis i pieczętka
lekarza weryfikującego ankietę