



Ľubovnianska nemocnica, n. o.

Obrancov mieru 3, 064 01 Stará Ľubovňa

Oddelenie klinickej biochémie hematológie a transfuziológie



Dotazník pre darcov krvi

Meno a priezvisko: váha (kg): výška (cm):

Rodné číslo: tel.: e-mail:

Adresa bydliska: muž: ☐ žena: ☐

Vážení darca, vopred Vám ďakujeme za prejavenu ochotu darovať krv.

Pred darovaním Vám vyšetříme krvný obraz, tlak krvi, p.p. teplotu a podrobíte sa lekárskeho vyšetreniu. **V odobratej krvi** vyšetříme krvnú skupinu, protilátky proti vírusu hepatitídy B a jeho povrchový antigén (anti-HBc, HBsAg), protilátky proti vírusu hepatitídy C (anti-HCV), protilátky proti vírusu AIDS (anti-HIV) a antigén p24 HIV, testy na syfilis a pečeneňový enzým ALT. O výsledkoch týchto vyšetrení Vás budeme informovať iba v prípade, že 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. **Vyšetrenia nemajú slúžiť na overenie zdravotného stavu, za týmto účelom sa prosím obráťte na úrady verejného zdravotníctva !***

1. Dočasne darca nemôže darovať krv v prípade:

- a) užívania niektorých liekov
- b) akútneho alebo chronického aktívneho infekčného, zápalového alebo alergického ochorenia
- c) kvapavky alebo inej bakteriálnej pohlavnej choroby
- d) absolvovania niektorých úkonov napr. operácia, endoskopia, transfúzia krvi, tetovanie, piercing...
- e) pobytu v krajinách mimo Európy alebo v oblastiach endemického výskytu infekcií, ktoré sú prenosné krvou napr. malária, ochorenia Dengue, Chikungunya, Západonílska horúčka, ZIKA, Chagas...
- f) sexuálneho správania alebo profesionálnej činnosti vystavujúcej riziku infekčných chorôb, ktoré môžu byť prenášané krvou; zahŕňa tiež darcu mužského pohlavia, ktorý mal sexuálny styk s mužom, osobu s viacerými sexuálnymi partnermi alebo osobu striedajúcu sexuálnych partnerov.

2. Trvalo darca nemôže darovať krv v prípade:

- a) pozitivity testov na AIDS (HIV), žltáčku typu B alebo C a na syfilis
- b) návyku na vnútrožilové alebo vnútrošvalové užívanie drog v súčasnosti alebo v minulosti
- c) promiskuitného spôsobu života s častým striedaním sexuálnych partnerov
- d) poskytovania alebo využívania platených sexuálnych služieb
- e) nepredpísaného užívania anabolických steroidov alebo hormónov
- f) liečby poruchy zrážania krvi (napr. hemofílie) krvnými prípravkami.

Prosíme Vás, aby ste pravdivo vyplnili dotazník, ktorý je súčasťou povinného vyšetrenia pred darovaním krvi a krvných zložiek v zmysle vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 158/2015 Z. z. o požiadavkách na správnu prax prípravy transfúzných liekov.

Všeobecné otázky

1. Prečítali ste si "Informácie pre darcov krvi a zložiek z krvi" na prvej strane porozumeli ste im ?	áno	nie
Týka sa Vašej osoby niektorý z bodov ?	áno	nie
2. Darovali ste v minulosti krv, plazmu alebo krvné bunky ? Ak áno, kedy naposledy ?	áno	nie
3. Boli ste niekedy v minulosti vyradený/(á) z darovania krvi ? Ak áno, prečo ?	áno	nie

Otázky o Vašom zdravotnom stave

4. Cítite sa zdravý/(á) ? Ste aktuálne práceneschopný/(á) ?	áno áno	nie nie
5. Máte rizikové zamestnanie/koníčky? (profesionál. vodič, potápač, práca vo výške...?)	áno	nie
6. Pre ženy: Boli ste tehotná (nezávisle od dĺžky), dojčili ste ? Ak áno, kedy naposledy ?.....	áno	nie
7. Absolvovali ste v priebehu posledných 24 hodín bežné ošetrenie zubným lekárom alebo hygienikom ? Bol Vám v priebehu posledných 7 dní vytrhnutý zub ? Ak áno kedy ?	áno áno	nie nie
8. Mali ste posledný mesiac teplotu nad 38°C, bolesť hrdla, kašeľ, herpes, hnačky, prisatého kliešťa, uhryznutie zvieratom, poranenie kože, popáleniny, úrazy ?	áno	nie
9. Absolvovali ste počas posledných 6 mesiacov estetický zákrok ? Ak áno, aký ?..... V akom zariadení ?.....	áno	nie
10. Absolvovali ste počas posledných 6 mesiacov chirurgický zákrok, lekárske vyšetrenie, ošetrenie ? Ak áno, aké ?.....	áno	nie
11. Boli ste posledných 6 mesiacov v kontakte s osobou, ktorá mala v tom čase infekčnú žltáčku alebo iné infekčné ochorenie vrátane detských infekčných ochorení? Ak áno, aké ?	áno	nie
12. Zaznamenali ste za posledných 12 mesiacov stratu váhy, potenie, zväčšenie lymfatických uzlín ?	áno	nie
13. Mali ste v minulosti alebo máte niektoré z nasledujúcich ochorení:	áno	nie
• Infekčné: napr. tuberkulózu, infekčnú mononukleózu, boreliózu, toxoplazmózu, brucelózu, tularémiu, listeriózu, Q-horúčku, babeziózu ...?	áno	nie
• tropické: napr. maláriu, ebolu, ochorenie Chagas (trypanosomiazu), leishmaniózu...?	áno	nie
• autoimunitné ochorenie alebo reumatologické ochorenie, reumatickú horúčku...?	áno	nie
• srdcovocievne ochorenie, infarkt, chlopňové chyby, poruchy rytmu, vysoký tlak krvi ...?	áno	nie
• pľúcne ochorenie alebo ochorenie priedušiek, astmu, alergiu, sennú nádchu ...?	áno	nie
• obličkové ochorenie, ochorenie močových ciest...?	áno	nie
• krvné ochorenie, poruchy zrážania krvi, trombózu, embóliu ...?	áno	nie
• ochorenie nervového systému - mozgu, miechy, cievnu mozgovú príhodu, epilepsiu, kolapsové stavy ?	áno	nie
• ochorenie látkovej výmeny (cukrovka...), endokrinné ochorenie (ochorenie štítnej žľazy...) ?	áno	nie
• kožné ochorenia, ekzém, lupienka-psoriáza...?	áno	nie
• ochorenia žalúdka, čriev, pečene, pankreasu, poruchy vstrebávania...?	áno	nie
• zhubné nádorové ochorenie ?	áno	nie
• psychické ochorenia ?	áno	nie

Otázky ohľadom užívania liekov

14. Užili ste posledný mesiac nejaké lieky ? Ak áno, aké ?	áno	nie
15. Boli ste posledné 2 mesiace očkovaný/(á) ? Ak áno, proti akému ochoreniu ?.....	áno	nie
16. Boli ste liečený/(á) posledné 3 mesiace na akné isotretinoinom (Aknenormin, Beloretin, Isotiorga....) na prostatu finasteridom alebo dutasteridom (Dutamed, AvodartR ...), na plešatosť (PropeciaR ...) ?	áno	nie
17. Boli ste posledný rok liečený/(á) monoklonálnymi protilátkami (biologická liečba) alebo imunosupresívami - liekmi potláčajúcimi imunitu ?	áno	nie
18. Boli ste niekedy liečený/(á) acitretinom (NeotigasonR) alebo etretinatom (TegisonR) alebo cytostatikami (napr. cyklofosamid...) ?	áno	nie

Otázky zamerané na riziko krvou prenosných ochorení

19. Mali ste posledné 6 mesiace:		
• endoskopické vyšetrenie ako napr.gastrofibroskopia, kolonoskopia, bronchoskopia?	áno	nie
• tetovanie, piercing, aplikáciu náušnic, akupunktúru, permanentný make up ?	áno	nie
• poranenie, pri ktorom sa rana alebo sliznica dostala do kontaktu s cudzou krvou alebo náhodné poranenie použitou injekčnou ihlou ?	áno	nie
20. Dostali ste niekedy transfúziu krvi ? Ak áno, kedy ? kde ?	áno	nie
21. Transplantovali Vám niekedy tkanivo ľudského alebo iného živočíšneho pôvodu ?	áno	nie
22. Absolvovali ste niekedy operáciu mozgu alebo miechy ? Vyskytla sa vo Vašej rodine Creutzfeldt - Jakobova choroba alebo akákoľvek iná prenosná spongioformná encefalopatia ? Boli ste liečený/á prípravkami z ľudskej hypofýzy (rastový hormón) ?	áno áno áno	nie nie nie
23. Boli ste v priebehu posledných 6 mesiacov mimo Slovenskej republiky ? Ak áno, kde?	áno	nie
24. Narodili ste sa vy alebo vaša matka mimo Európy? Ak áno, kde ?..... Žili ste viac ako 6 mesiacov mimo Európy ? Ak áno, kde ?..... Odkedy žijete v Európe ?	áno áno	nie nie
25. Mali ste v priebehu posledných 6 mes. pohlavný styk s novým sexuálnym partnerom ?	áno	nie
26. V priebehu posledných 6 mesiacov:		
• mali ste dvoch alebo viacerých sexuálnych partnerov ?	áno	nie
• praktizovali ste so sexuálnym partnerom análny pohlavný styk ?	áno	nie
• užili ste lieky na predídanie nákazy HIV (napr. PrEP, PEP) ?	áno	nie
• mali ste sexuálny styk s novým partnerom žijúcim v zahraničí alebo s partnerom, ktorý žil minimálne 6 mesiacov v zahraničí ? Ak áno, v ktorej krajine ?	áno	nie
27. Užili ste v priebehu posledných 12 mesiacov injekciu na predídanie nákazy HIV (napr. PrEP, PEP) ?	áno	nie
28. Boli ste Vy alebo Váš sexuálny partner, v súčasnosti alebo v minulosti, v niektorej z nasledujúcich situácií :		
• pozitívny test na HIV, syfilis, infekčnú žltáčku (hepatitídu), HTLV alebo iné sexuálne prenosné choroby ?	áno	nie
• injekčné podanie lekárom nepredpísaného lieku vrátane drog alebo anabolických steroidných hormónov (napríklad testosterón) ?	áno	nie
• poskytovateľom alebo užívateľom sexuál. služieb za odmenu formou peňazí alebo drog ?	áno	nie
29. Boli ste posledných 6 mesiacov vo väzbe, vo výkone trestu odňatia slobody alebo v detenčnom ústave ?	áno	nie

Informovaný súhlas darcu:

V súlade s § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/(a) ošetrovateľom zrozumený/(á):

- a) o účele, povahe a rizikách vyšetrení, ktoré mám ako darca krvi alebo zložiek z krvi absolvovať a súhlasím s ich vykonaním
- b) o povahe a rizikách odberu krvi alebo zložiek z krvi, možných komplikáciách a ich liečbe, pričom tomuto poučeniu som porozumel a na základe vlastného rozhodnutia s odberom súhlasím.

Vyhlásenie

Vyhlasujem, že som porozumel(a) hore uvedeným 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 bezodkladne informovať transfúzne pracovisko.

Vyhlasujem, že darujem krv (plazmu, krvné bunky) dobrovoľne, bezplatne a súhlasím s jej využitím pre zdravotnícke účely. Súhlasím s uskutočnením horeuvedených laboratórnych testov.

V

dňa:

podpis darcu

Typ odberu:

celá krv ☐

trombocytaferéza ☐

plazmaferéza F ☐ K ☐

kombinovaná aferéza ☐

erythrocytaferéza ☐

granulocytaferéza ☐

TK: mmHg Pulz: /m

Poznámka

Záver :

schopný odberu ☐

neschopný odberu ☐

Zodpovedná osoba :