

DEBE LEER, ENTENDER Y CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO ANTES DE DONAR

- Para donar con seguridad no debe encontrarse en un periodo de ayunas prolongado (más de 6 horas) y es aconsejable que hayan transcurrido 2 o más horas desde la comida principal del mediodía.
- Los donantes cuya profesión sea conductores de vehículos públicos (pilotos, maquinistas, taxistas, conductores de autobús, ambulancia), gruistas, bomberos, trabajos en altura, etc., donarán sangre después de finalizar la jornada laboral para que transcurran de 12 a 24 horas de descanso antes de reiniciar la jornada laboral. Igualmente tomará esta precaución los donantes que practiquen actividades o deportes de alto riesgo.
- Deben haber transcurrido al menos 2 meses desde su última donación y no superar las tres donaciones (mujer) o cuatro (hombre) en el último año

 TACHAR LO
 QUE PROCEDA


Desde su última donación: Ha tenido algún malestar por el que haya ido al médico o acudido a un hospital, está esperando la realización de alguna prueba, intervención o algún informe.

La últimas 2 semanas: Ha tenido fiebre o algún proceso infeccioso (gripe, catarro, faringitis, cistitis, diarrea). Se ha hecho algún corte, herida o abrasión.

 NO SÍ


Desde su última donación: Ha precisado alguna **intervención quirúrgica**. Ha recibido algún **injerto** o **trasplante**. Ha sufrido algún pinchazo accidental o exposición involuntaria a fluidos humanos.

Los últimos 4 meses: Se ha realizado algún **piercing** o **tatuaje**. Le han practicado **acupuntura**. Le han realizado **Gastroscopia, Colonoscopia, Rectoscopia, Broncoscopia**. Ha visitado al **dentista**.

 NO SÍ


Desde su última donación: Ha **iniciado o modificado algún tratamiento médico**. Ha recibido alguna vacuna o gammaglobulina. Ha tomado medicamentos para el acné, psoriasis, caída de cabello, próstata. **Ha consumido drogas** de uso no médico (marihuana, cocaína, estimulantes, anabolizantes) vía oral, nasal o inyectadas.

Ha tomado medicación antiviral pre-exposición a VIH (Truvada...)

En los últimos 5 días ha tomado algún analgésico antiinflamatorio (aspirina, ibuprofeno, ...)

 NO SÍ

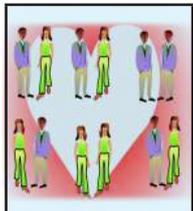

Desde su última donación: Ha estado **embarazada**. Ha sufrido algún **aborto**. Ha dado **lactancia**.

 NO SÍ


Le han transfundido sangre, plaquetas o algún derivado sanguíneo ¿Dónde?

 NO SÍ


Desde su última donación: Ha tenido contacto con alguien que ha padecido una enfermedad infecciosa. (Hepatitis, tuberculosis, varicela, sarampión, tos ferina, rubeola, paperas, etc...)

 NO SÍ


En los últimos 4 meses ha tenido relaciones sexuales con alguna persona :

- Distinta de su pareja habitual (Pareja habitual = Relación única y estable iniciada hace más de 4 meses)
- Que ejerce o ha ejercido la prostitución
- Que mantiene relaciones con múltiples parejas
- Que sufre o es portadora de hepatitis, VIH/SIDA, HTLV u otra enfermedad infecciosa
- Que consume o ha consumido drogas o medicamentos inyectados
- Nacida en un país extranjero

 NO SÍ


Durante el último año ha viajado al extranjero, incluyendo Europa

Alguna vez: Ha residido más de **un mes fuera de Europa**

Ha tenido fiebre no explicada después de un viaje

 NO SÍ


Tiene usted o su familia antecedentes de enfermedad de **Creutzfeldt - Jakob** o variante de esta?

 NO SÍ


¿Le queda alguna duda sobre las preguntas que le hemos realizado?

¿Desea alguna aclaración sobre algún otro punto del proceso de donación?

 NO SÍ

Observaciones médicas a la donación

QUIERO MANIFESTAR QUE

- *Mi decisión de donar sangre se debe a mi deseo de ayudar a los enfermos. No he sido coaccionado por nadie para donar.*
- *He leído y entendido hoy la información sobre qué prácticas son de riesgo para el contagio de enfermedades transmisibles a través de la sangre y he tenido la posibilidad de realizar cualquier pregunta que hubiere considerado oportuno. Entiendo que haber realizado dichas prácticas me impedirá donar mi sangre porque sería un peligro para el enfermo que la recibiese a pesar de que todas las unidades son rigurosamente analizadas antes de ser transfundidas*
- *He respondido de buena fe a las cuestiones que sobre mi salud y datos personales me han realizado.*
- *Conozco el procedimiento donación y que durante y después del mismo puede surgir algún riesgo asociado como hematoma mareo dolor etc. y ligeras variaciones en los valores analíticos de la hemoglobina y hierro y que puedo suspenderlo en cualquier momento si así lo estimo oportuno. Por eso firmo dando mi consentimiento.*

Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por **Osakidetza - Servicio vasco de salud**. La finalidad del tratamiento REGISTRO DE DONANTES es la promoción, captación y fidelización de donantes de sustancias de origen humano y órganos, de la CAPV, distribución de los recursos a los centros hospitalarios, y estudios de salud.

La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLÍNICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. La finalidad del tratamiento CITAS es la gestión de las citas para la planificación de las consultas de los centros sanitarios, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento.

Las respuestas al cuestionario son de carácter obligatorio por ser imprescindibles para el tratamiento objeto de la entrega de datos. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

Doy mi consentimiento para el tratamiento y la comunicación de los datos personales con los fines anteriormente indicados.

ETIQUETA DONANTE	FIRMA DEL DONANTE	Nº DONACIÓN
NOMBRE _____ 1º APELLIDO _____ 2º APELLIDO _____	Nº DONANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO / / _____ DNI _____ HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	

añadir o modificar datos

PAÍS NACIMIENTO:

OTROS DATOS:

FECHA / / PESO TA PULSO Hb APTO

Cód. Exclusión Fecha inicio / / Fecha final / / Fecha final indefinida NO APTO

OM..... OE..... OA.....	OM..... OE..... OA.....	OBSERVACIONES	Tipo extracción
-------------------------------	-------------------------------	---------------	-----------------

CÓDIGO ENTREVISTADOR	FIRMA ENTREVISTADOR	FIRMA PERSONAL EXTRACCIÓN	CÓDIGO DEL PERSONAL DE EXTRACCIÓN
----------------------	---------------------	---------------------------	-----------------------------------