

Cuestionario previo a la donación

		NO	SÍ
Tiene entre 18 y 60 años y pesa más de 50 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduce un vehículo público. Tiene un trabajo de riesgo o practica una actividad /deporte de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es donante de otra comunidad autónoma. ¿Cuándo donó sangre la última vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha intentado donar sangre alguna vez y no ha podido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cree que su sangre debe ser analizada de una manera especial por un motivo concreto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI PRECISA o HA PRECISADO ATENCIÓN, TRATAMIENTO o ESTÁ EN ESTUDIO POR (Señale cual):

- ALERGIA:** Alimentos, medicamentos, anisakis, etc.
- CÁNCER:** Tumores malignos, tumores in situ ...
- CIRUGÍA:** Especialmente cirugía cerebral y ocular
- CORAZÓN, ARTERIAS, VENAS:** Hipertensión, hipotensión, arritmia, angina, infarto, soplos, flebitis, trombosis, aneurisma...
- DIGESTIVO:** Alteración del hígado, hemorragia digestiva, Crohn, Colitis Ulcerosa...
- ENDOCRINO:** Diabetes, tiroides, hipófisis, paratiroides, insulinoma, feocromocitoma...
- GINECOLOGÍA, EMBARAZO, ABORTO,** o ha dado **LACTANCIA**
- HEMATOLOGÍA:** Anemia, leucemia, linfoma, talasemia, drepanocitosis, alteración de coagulación, trombofilia ...
- INFECCIÓN:** Hepatitis, SIDA/VIH, HTLV, tuberculosis, brucelosis, fiebre Q, E. de Lyme, paludismo, Chagas, fiebre reumática...
- INFECCION VENÉREA:** sífilis, gonorrea, herpes genital, granuloma inguinal , linfogranuloma venéreo ...
- NEUROLOGÍA:** Epilepsia, convulsiones, parálisis, ictus, coma , pérdidas de conocimiento...
- RENAL:** Insuficiencia renal, glomerulonefritis, pielonefritis...
- RESPIRATORIA:** Bronquitis crónica, asma, enfisema, fibrosis pulmonar, apnea de sueño...
- URINARIA:** Uretritis, alteración de próstata, retención urinaria...
- REUMATOLOGÍA o ENFERMEDADES SISTÉMICAS:** Artritis reumatoide, amiloidosis, esclerodermia, lupus, sarcoidosis...

SI PRECISA o HA PRECISADO ALGÚN TRATAMIENTO CON (Señale cual):

- Anti tiroideos** (TIRODRIL, NEO TOMIZOL, PROPYCIL) los últimos 2 años para tratamiento de hipertiroidismo
- Etretinato** (TIGASON) alguna vez o **Acitretina** (NEO TIGASON) últimos 3 años, para tratamiento de psoriasis
- Isotretionina** (ROACUTAN, DERCUTANE) el último mes, para tratamiento de acné
- Insulina** actualmente
- Finasteride** (PROSCAR) último mes o **Dutasteride** (AVIDART, DUODART)) últimos 6 meses, para la próstata o alopecia.
- Corticoide** el último año. Oral, inyectado, infiltrado o en crema en grandes áreas del cuerpo.
- Hormona hipofisaria** de origen humano alguna vez. Hormona crecimiento, hormona folículo estimulante
- Hierro.** Para tratar déficit de hierro o anemia ferropenia
- Antinflamatorios** las últimas 48 horas o **aspirina** los últimos 5 días.
- Tratamiento para infertilidad** el último año
- Medicación antiviral pre-exposición a VIH (Truvada...)**
- Vacunas el último mes;** hepatitis B, fiebre amarilla, anti tifoidea oral, rubeola, sarampión, polio oral, varicela, paperas, BCG
- Gammaglobulina; Anti Hepatitis B o Antirrábica** el último año, **Anti Hepatitis A** los últimos **6** meses, **Antitetánica** último mes

Ha residido en el Reino Unido entre 1980 - 1996 o tiene usted o su familia antecedentes de enfermedad de Creutzfeldt – Jakob ..		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted o sus padres son oriundos o residentes en África, Centroamérica , Suramérica, Asia o Extremo oriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha residido de manera continuada más de un mes en Europa Oriental, África, Centro o Sudamérica, Asia o Extremo Oriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre , plaquetas o algún derivado sanguíneo o algún injerto o trasplante ¿Dónde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algún malestar le ha obligado a visitar al médico , iniciar o modificar algún tratamiento o está esperando algún informe.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene alguna herida corte o abrasión recientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las últimas 2 semanas ha tenido fiebre o sufrido algún proceso infeccioso (gripe, bronquitis, faringitis, cistitis, diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los últimos 4 meses le han realizado cirugías menores, acupuntura, tatuaje o ha visitado al dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los últimos 4 meses le han introducido gomas por la boca (Gastroscopia, Broncoscopia) o por el ano (Colonoscopia, Rectoscopia) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los últimos 4 meses ha sufrido algún pinchazo accidental con agujas o se ha expuesto accidentalmente a algún fluido humano ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha viajado al extranjero en los últimos 12 meses, incluida Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido alguna fiebre no explicada después de un viaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el último mes ha tenido contacto con alguien con enfermedad infecciosa , varicela, sarampión, paperas , rubeola, tos ferina, etc		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 6 meses ha pasado usted o alguien de su entorno algún tipo de hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume o ha consumido drogas de uso no médico (marihuana, cocaína, estimulantes, anabolizantes) vía oral, nasal o inyectados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido relaciones sexuales alguna vez a cambio de dinero , regalos, drogas o alguna otra compensación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que ejerce o ha ejercido la prostitución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que mantiene relaciones con múltiples parejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sufre o es portadora de hepatitis, VIH/SIDA, HTLV u otra enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que consume o ha consumido drogas o medicamentos inyectados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacida en un país extranjero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si no ha entendido alguno de los puntos, el equipo médico está para ayudarle, no dude en consultar.

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>

Do yo 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 _____	FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ DNI _____ HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	

DIRECCIÓN Nº PISO

POBLACIÓN CP PROVINCIA.....

TEL. E-MAIL

PAÍS NACIMIENTO:.....

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
----------------------	---------------------	---------------------------	-----------------------------------