

INFORMACIÓN PREVIA A LA DONACIÓN DE SANGRE

Usted desea efectuar una donación de sangre. Antes de la entrevista con el médico le pedimos por favor que lea atentamente esta hoja informativa. Las condiciones descritas le permiten autoexcluirse como donante si se encuentra en alguno de estos supuestos que prohíben legalmente la donación. Las preguntas que le formulará el médico en la entrevista son muy importantes y tienen como único objetivo proteger su salud, evitando una donación de sangre en condiciones inadecuadas para usted, y al mismo tiempo garantizar la máxima seguridad para el enfermo que recibirá su sangre. Si usted tiene alguna duda o no entiende alguna pregunta, indíquelo por favor al médico que le entrevistará.

Nosotros le agradecemos de antemano su atención y la sinceridad de sus respuestas. La confidencialidad está asegurada por el secreto médico.

LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL ES UN OBJETIVO PRINCIPAL DE LA SALUD PÚBLICA.

Con el objetivo de evitar todo riesgo de infección de un enfermo con motivo de una transfusión sanguínea, se ruega a todas las personas que estén o hayan estado expuestas a posible contagio de enfermedades víricas (hepatitis, SIDA) que no donen sangre. La sangre que usted done será analizada de acuerdo con la legislación vigente.

Si usted está afectado por alguna de las situaciones descritas a continuación le rogamos que no done sangre:

Si tiene de forma habitual distintas parejas sexuales.

Si usted ha consumido drogas intravenosas aunque solo haya sido una única vez, o haya sido utilizando material desechable o incluso aunque haga mucho tiempo de ello.

Si usted ha tenido en algún momento de su vida relaciones sexuales a cambio de dinero o de drogas.

Si su pareja sexual está afectada por cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente.

Si su pareja sexual es seropositiva para el virus del SIDA, de la hepatitis B o de la hepatitis C.

RECONOCIMIENTO: Con firma declaro que:

No me encuentro en ninguna de las circunstancias que excluyen de la donación de sangre y he tenido la oportunidad de pedir aclaraciones y de excluirme de la donación.

Doy mi consentimiento para efectuar voluntariamente una donación de sangre.

Doy mi consentimiento para que Incluyan mis datos en un fichero automatizado propiedad del CTCV cuya finalidad es el desarrollo del Plan de Hemodonación y Hemoterapia de la Comunidad Valenciana, y sobre el que podré ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Ley Orgánica 15/1999).

Si No Doy mi consentimiento para que se cedan a las Asociaciones de Donantes mis datos personales, así como el número de donaciones realizadas y mi grupo sanguíneo, autorizando el uso de los citados datos exclusivamente para comunicaciones e informaciones propias del fin social de las mismas, reservándome sobre los citados datos los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Ley Orgánica 15/1999)

Nombre, Firma y Fecha:

Nº UNIDAD

Cuestionario para rellenar antes de acudir a la donación

Ha comprendido la información que acaba de firmar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Es usted donante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En alguna ocasión ha tenido algún incidente durante o después de la donación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha sido rechazado en alguna ocasión para donar sangre	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Recibe algún tipo de tratamiento médico en este momento. Ha tomado aspirina o antiinflamatorios hace menos de 5 días	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha recibido en alguna ocasión tratamiento con Tigason o Neo-Tigason. Ha recibido tratamiento con Roacutan, Proscar o Propecia en los últimos 30 días	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En algún momento de su vida ha padecido algún problema importante de salud: Enfermedades del corazón, pulmones, aparato digestivo, riñones, sistema nervioso central, epilepsia, piel, psiquiatría, intervenciones quirúrgicas, o enfermedades infecciosas como tuberculosis, leishmaniosis, tripanosomiasis, brucelosis, fiebre Q, toxoplasmosis o mononucleosis	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Especificar:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha padecido usted algún episodio alérgico grave o crisis asmática	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Indíquenos si le afecta alguna de las siguientes situaciones: Antecedentes de injertos (tímpano, córnea, óseo, piel, de cualquier otro tipo), tratamiento con hormona de crecimiento antes de 1989, cirugía cerebral o algún familiar con diagnóstico de enfermedad de Creutzfeld-Jakob	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En los últimos 6 meses ha viajado a algún país con riesgo de malaria y donde le hayan aconsejado quimioprofilaxis para esta enfermedad antes de viajar. Ha padecido alguna enfermedad parasitaria después de algún viaje	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha recibido una transfusión de sangre. ¿Cuándo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Le han efectuado algún tipo de intervención quirúrgica (incluyendo extracciones dentarias), ¿Cuándo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Le han efectuado cualquier tipo de exploración endoscópica en los últimos 12 meses	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Convive íntimamente con enfermos portadores del virus de la hepatitis B, C o VIH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se ha efectuado algún tatuaje, piercing o tratamiento de acupuntura, en los últimos 12 meses	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si es usted mujer, ha dado a luz hace menos de 9 meses o se ha sometido a una interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cuándo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha tenido fiebre o alguna infección en la última semana	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha residido durante más de un año, acumulativo, en el Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales, Irlanda del Norte, Islas de Man y del Canal) durante el período comprendido entre 1980 y 1986	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>