

| INFORMACIÓN PREVIA A LA DONACIÓN DE SANGRE | INFORMATION PRÉLIMINAIRE À LA DONATION SANGUINE |
|--|--|
| <p>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.</p> | <p>Vous souhaitez faire un don de sang. Avant d'avoir un entretien avec le médecin, nous vous prions de bien vouloir lire attentivement ce feuillet informatif. Les conditions qui y sont indiquées vous permettent de vous exclure vous-même comme donneur si vous vous trouvez dans l'une des situations qui interdisent légalement le don de sang. Les questions qui vous seront posées par le médecin lors de l'entretien sont très importantes et ont pour seul objectif de protéger votre santé en évitant un don de sang dans des conditions inappropriées pour vous et, en même temps, de garantir la sécurité maximale du malade qui recevra votre sang. Si vous avez un doute quelconque ou si vous ne comprenez pas bien une question, s'il vous plaît indiquez-le au médecin qui va vous recevoir.</p> |
| <p>Nosotros le agradecemos de antemano su atención y la sinceridad de sus respuestas. La confidencialidad está asegurada por el secreto médico.</p> | <p>Nous vous remercions d'avance de votre attention et de la sincérité de vos réponses. La confidentialité est garantie par le secret médical.</p> |
| <p>LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL ES UN OBJETIVO PRINCIPAL DE LA SALUD PÚBLICA.</p> | <p>LA SÉCURITÉ DES TRANSFUSIONS EST UN DES PRINCIPAUX OBJECTIFS DE LA SANTÉ PUBLIQUE.</p> |
| <p>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.</p> | <p>Afin d'éviter tout risque d'infection d'un malade comme conséquence d'une transfusion sanguine, il est demandé à toutes les personnes actuellement exposées, ou ayant été exposées, à une possible contagion de maladies virales (hépatite, SIDA) qu'elles ne donnent pas de sang. Le sang que vous donnez sera analysé en accord avec la loi en vigueur.</p> |
| <p>Si usted está afectado por alguna de las situaciones descritas a continuación le rogamos que no done sangre:</p> | <p>Si vous êtes affecté par l'une des situations décrites ci-après, nous vous demandons de ne pas faire un don de sang :</p> |
| <p>Si tiene de forma habitual distintas parejas sexuales.</p> | <p>Si vous avez habituellement plusieurs partenaires sexuels.</p> |
| <p>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.</p> | <p>Si vous avez consommé des drogues intraveineuses même une seule fois, même si vous l'avez fait en utilisant du matériel jetable, ou même si cela s'est passé il y a très</p> |

| | |
|--|---|
| | longtemps. |
| Si usted ha tenido en algún momento de su vida relaciones sexuales a cambio de dinero o de drogas. | Si vous avez eu, à un moment de votre vie, des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues. |
| Si su pareja sexual está afectada por cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente. | Si votre partenaire sexuel est affecté par n'importe quelles des situations mentionnées ci-dessus. |
| Si su pareja sexual es seropositiva para el virus del SIDA, de la hepatitis B o de la hepatitis C. | Si votre partenaire sexuel est séropositif/ve au virus du SIDA, de l'hépatite B ou de l'hépatite C. |
| RECONOCIMIENTO: | RECONNAISSANCE : |
| Con firma declaro que: | En signant ce document je déclare 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. | Je ne me trouve dans aucune des circonstances qui excluent le don de sang et que j'ai eu la possibilité de demander des éclaircissements et de m'exclure du don. |
| Doy mi consentimiento para efectuar voluntariamente una donación de sangre. | Je donne mon consentement pour réaliser volontairement un don de sang. |
| 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). | Je donne mon consentement pour que les données qui me concernent soient incluses dans un fichier automatisé, propriété du CTCV, dont l'objectif est le développement du Plan de Dons Sanguins et d'Hémothérapie de la Communauté Valencienne (Plan de Hemodonación y Hemoterapia de la Comunidad Valenciana) et sur lequel je pourrai exercer des droits d'accès, rectification, annulation et opposition (selon la Loi Organique 15/1999). |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je donne mon consentement pour que mes données personnelles ainsi que le nombre de dons que j'ai réalisés et mon groupe sanguin soient transmis aux Associations de Donneurs, et j'autorise l'utilisation de ces données exclusivement en rapport avec les communications et les informations propres à l'objet social des dites associations, en me réservant en ce qui concerne ces données des droits d'accès, rectification, annulation et opposition (selon la Loi Organique 15/1999). |

Nombre, Firma y Fecha:

Nº UNIDAD

| | | |
|---|---|---|
| Ha comprendido la información que acaba de firmar | J'ai compris l'information que je viens de signer | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Es usted donante | Êtes-vous donneur? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| En alguna ocasión ha tenido algún incidente durante o después de la donación | Vous est-il jamais arrivé d'avoir eu un incident quelconque pendant ou après un don ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Ha sido rechazado en alguna ocasión para donar sangre | Avez-vous jamais été refusé pour donner du sang ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Recibe algún tipo de tratamiento médico en este momento. Ha tomado aspirina o antiinflamatorios hace menos de 5 días | Suivez-vous actuellement un traitement médical quelconque ? Avez-vous pris de l'aspirine ou des anti-inflammatoires dans les 5 derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <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 | Avez-vous jamais reçu un traitement à base de Tigason ou Neo-Tigason ? Ou un traitement avec du Roacutan, Proscar ou Propecia pendant ces derniers 30 jours ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <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. Especificar: | A un certain moment de votre vie, avez-vous eu de sérieux problèmes de santé : maladie du cœur, poumons, appareil digestif, reins, système nerveux central, épilepsie, peau, troubles psychiatriques, interventions chirurgicales ou maladies infectieuses comme tuberculose, leishmaniose, trypanosomiase, brucellose, fièvre Q, toxoplasmose ou mononucléose ? Veuillez spécifier lesquels: | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Ha padecido usted algún episodio alérgico grave o crisis asmática | Avez-vous souffert d'épisodes allergiques graves ou de crises d'asthme? | Oui <input type="checkbox"/> Non <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 | Indiquez-nous si vous êtes concerné par l'une des situations suivantes : antécédents de greffes (tympan, cornée, os, peau ou tout autre), traitement par hormone de croissance avant 1989, chirurgie cérébrale ou personne de votre famille diagnostiquée de la maladie de Creutzfeld-Jakob | Oui <input type="checkbox"/> Non <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 | Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous rendu dans un pays à risque de malaria pour lequel on vous a conseillé une chimioprophylaxie avant le voyage ? Avez-vous souffert d'une maladie parasitaire après un voyage quelconque ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|---|
| Ha recibido una transfusión de sangre. ¿Cuándo? | Avez-vous déjà bénéficié d'une transfusion sanguine? Quand? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Le han efectuado algún tipo de intervención quirúrgica (incluyendo extracciones dentarias), ¿Cuándo? | Avez-vous subi une intervention chirurgicale quelconque (y compris des extractions dentaires)? Quand ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Le han efectuado cualquier tipo de exploración endoscópica en los últimos 12 meses | Avez-vous été soumis à un quelconque examen endoscopique pendant les derniers 12 mois? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Convive íntimamente con enfermos portadores del virus de la hepatitis B, C o VIH | Vivez-vous de façon intime avec des malades porteurs du virus de l'hépatite B ou C, ou du SIDA ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se ha efectuado algún tatuaje, piercing o tratamiento de acupuntura, en los últimos 12 meses | Vous êtes-vous faire un tatouage, piercing ou traitement d'acupuncture pendant les derniers 12 mois? | Oui <input type="checkbox"/> Non <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 vous êtes une femme: avez-vous accouché il y a moins de 9 mois, ou avez-vous subi une interruption de grossesse ? Quand? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido fiebre o alguna infección en la última semana | Avez-vous eu de la fièvre ou une infection quelconque au cours de la dernière semaine ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <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 | Avez-vous habité pendant plus d'un an de façon cumulée au Royaume Uni (Angleterre, Ecosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Ile de Man et Iles Anglo-Normandes) entre 1980 et 1986 ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIONES/ OBSERVATIONS: | | |

Información y cuestionario facilitados por www.clinicabenissa.com