

BANCO DE SANGRE

ESTIMADO DONANTE DE SANGRE

Nº DE UNIDAD

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

Ante todo, le agradecemos su solidaria concurrencia y colaboración. Nuestra principal preocupación es proteger al receptor de su sangre, como también a Ud. mismo. Por lo tanto, a veces, nos vemos impedidos de aceptar una donación. Para saber si Ud. está en condiciones de donar, le rogamos contestar responsablemente el siguiente cuestionario **confidencial**.

Por favor, tenga en cuenta que el objetivo de este interrogatorio, al que Ud. se somete voluntariamente, no es discriminatorio, sino que pretende preservar la salud del enfermo que recibe su sangre.

Tratamos de hacerle comprender que si Ud. estuvo expuesto a situaciones de riesgo que internacionalmente son consideradas como posibles causas de contraer enfermedades transmisibles por sangre, no debería donar.

Si Ud. no nos puede decir la verdad, por favor, avisenos mientras dona o luego de la donación marcando la ficha confidencial (**de autoexclusión**) que se le entregará, para que no utilicemos su sangre.

Puede Ud. retirarse sin entregar este formulario si no está de acuerdo con algunas de las preguntas.

CUESTIONARIO

REDONDEE LA RESPUESTA CORRECTA:

- 1) SÍ NO ¿Leyó atentamente la hoja de información que hay en la sala de espera?
- 2) SÍ NO ¿Ha donado sangre en las últimas 8 semanas?
- 3) SÍ NO ¿Sufrió algún inconveniente con posterioridad a la donación?
- 4) SÍ NO ¿Lo han rechazado como donante de sangre o le dijeron que no puede donar?
- 5) SÍ NO ¿Se siente bien y «sano» hoy?
- 6) SÍ NO ¿Está tomando alguna medicación?
- 7) SÍ NO ¿Ha padecido o padece enfermedades del corazón (infarto, angina de pecho, etc.)?
- 8) SÍ NO ¿Ha tenido enfermedad en los pulmones, tuberculosis o asma bronquial, está medicado?
- 9) SÍ NO ¿Ha tenido convulsiones, desmayos, ausencias o pérdidas de conocimiento? ¿Padeció alguna vez de epilepsia, está medicado?.....
- 10) SÍ NO ¿Alguna vez le diagnosticaron cáncer? ¿Cuál?.....
- 11) SÍ NO ¿Recibió quimioterapia y/o radiaciones?
- 12) SÍ NO ¿Ha recibido tratamiento con hormonas de crecimiento o hipofisarias?
- 13) SÍ NO ¿Ha tenido hemorragias o problemas de coagulación?
- 14) SÍ NO ¿Tiene SIDA o pruebas positivas de VIH?
- 15) SÍ NO ¿Ha tenido fatiga, sudoración nocturna o pérdida de peso inexplicable?
- 16) SÍ NO ¿Ha tenido ganglios, lesiones en la piel o mucosas?
- 17) SÍ NO ¿Padece de E. de Chagas?
- 18) SÍ NO ¿Tiene antecedentes de hipertensión arterial?
- 19) SÍ NO ¿Tomó medicación para el acné, psoriasis o para la próstata (Roacután, Proscar, Tengison o similar)?
- 20) SÍ NO ¿Ha recibido tratamiento contra la rabia?
- 21) SÍ NO ¿Ha recibido vacunas? ¿Cuáles?¿Cuándo?
- 22) SÍ NO ¿Presenta o presentó alguna enfermedad no mencionada? ¿Cuál?

SI ES MUJER,

- 23) SÍ NO ¿Está embarazada? ¿Ha tenido un parto normal? ¿Cuándo? ¿Ha sufrido en el último año, parto - aborto - cesárea?
- 24) SÍ NO ¿Ha tenido alguna vez relación sexual con un hombre que haya tenido contacto sexual con otro hombre?

HA TENIDO ALGUNA VEZ

- 25) SÍ NO ¿Ictericia, color amarillo de piel, hepatitis o pruebas positivas para hepatitis o enfermedad del hígado?
- 26) SÍ NO ¿Usó alguna droga ilegal inyectable, aunque sea una sola vez?

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

- 27) SÍ NO ¿Aspiró cocaína?
- 28) SÍ NO ¿Ha tenido contacto con alguien que haya estado expuesto al virus del SIDA o que está infectado con el virus del SIDA, hepatitis B o C?
- 29) SÍ NO ¿Ha sido tratado por sífilis, gonorrea u otra enfermedad venérea?
- 30) SÍ NO ¿Ha tenido malaria o paludismo, recibió tratamiento o viajó a zonas endémicas?
- 31) SÍ NO ¿Ha recibido inmunoglobulina hiperinmune anti-hepatitis B? (no vacuna)
- 32) SÍ NO ¿Se ha realizado tatuajes, perforaciones en orejas, en la piel o tratamiento con acupuntura?
- 33) SÍ NO ¿Ha recibido transfusiones de sangre o trasplante de órganos o tejidos?
- 34) SÍ NO ¿Ha tenido contacto accidental con sangre humana, secreciones o realiza tareas que lo exponen a las mismas?
- 35) SÍ NO ¿Le han realizado algún procedimiento de cirugía mayor, menor, laparoscopia o endoscopia?
- 36) SÍ NO ¿Ha tenido contacto sexual con un enfermo en plan de diálisis o personas que reciben frecuentes transfusiones de sangre o componentes sanguíneos, o con serología reactiva para HIV, HBV, HCV o HTLV?
- 37) SÍ NO ¿Ha estado detenido en instituciones carcelarias o policiales por más de 72 horas?
- 38) SÍ NO ¿Ha tenido relaciones sexuales de riesgo aunque sea una sola vez con distintas mujeres/hombres?

ESTA PREGUNTA ESTÁ INCLUIDA EN LA SIGUIENTE

- 39) SÍ NO ¿Ha tenido relaciones sexuales con varias parejas(hombre/mujer)? Con drogadictos/as o ha tenido sexo por dinero o por drogas?
- 40) SÍ NO Si es hombre ¿Ha tenido contacto sexual con otros hombres?
- 41) SÍ NO ¿Ha sido violado/a o sufrido abuso sexual?

EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS

- 42) SÍ NO ¿Ha tomado aspirinas o analgésicos?
- 43) SÍ NO ¿Ha recibido tratamiento odontológico?
- 44) SÍ NO ¿Ha tenido diarrea o fiebre?

POR FAVOR RESPONDA CON SINCERIDAD

- 45) SÍ NO ¿Está donando para que le hagan la prueba de SIDA?
- 46) SÍ NO ¿Recibió dinero o algún tipo de compensación para donar?
- 47) SÍ NO ¿Entendió todas las preguntas que se le formularon?

BO 28-6-06 - SALUD PÚBLICA - Res. 865/2006 - MSA

USTED PUEDE SER DONANTE VOLUNTARIO.

En caso de necesidad, autorizo a ser llamado para donar sangre u otro hemocomponente: SÍ No

ADMITIDO EN CONSULTORIO: SÍ NO

Causa médica definitiva Cód.....

Causa médica temporaria Cód.....

Observaciones:.....

FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO DEL DONANTE

.....

Fecha:/...../.....

LEER ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR:

Hoy he concurrido a donar sangre u otro hemocomponente por mi libre y propia voluntad. Estoy en conocimiento de que la donación de sangre es un acto solidario y altruista, por lo tanto, no he recibido ningún tipo de remuneración o incentivo (la compra de sangre constituye un delito federal). Al hacerlo entiendo que mi sangre será sometida a análisis de laboratorio para detectar la exposición a infecciones que pueden ser transmitidas por sangre: Sífilis, Enfermedad de Chagas, Brucelosis, Hepatitis B y C, HIV / SIDA y HLTV 1 Y 2.

Voluntariamente autorizo que en caso de detección de cualquier hecho que esta institución considere relevante en relación a mi sangre se me notifique, al domicilio que he declarado. También entiendo que al existir riesgo de transmitir enfermedades por mi sangre se registrará esta situación, y no debo donar en ningún establecimiento hasta tanto no exista una nueva autorización por profesional especializado y que puedo ser transmisor de enfermedades aunque los análisis sean negativos.

He sido informado y he comprendido que durante o después de la donación, eventualmente, puedo sufrir una reacción inesperada y fortuita, como ser por ejemplo, un hematoma alrededor del sitio de entrada de la aguja, la punción de la arteria, desmayos o pérdida temporaria del conocimiento. Hoy también he leído la información pre y post-donación que se me ha brindado; he entendido todas las preguntas que se me han formulado en la entrevista médica personalizada sobre mi salud, mis hábitos sexuales y mis posibles adicciones a drogas; he tenido la oportunidad de todo lo que he necesitado saber y me han respondido satisfactoriamente con términos comprensibles para mí. Dejo constancia de que respondí a todas las preguntas con la verdad y con lo mejor de mi conocimiento. Es por ello que considero que estoy en condiciones de donar sangre u otro hemocomponente.

DATOS DEL DONANTE

Nombre y Apellido:

Documento (DNI - Pasaporte - CI - CC) N°:

Fecha de nacimiento/...../..... Lugar de nacimiento (prov.)

Domicilio:

Localidad: Cód. Postal:

Teléfono: Ocupación:

Correo electrónico:.....

Dona para el paciente Hab.

Firma del Donante: Fecha:

Firma del Padre o Tutor: Fecha:

Aclaración: D.N.I.: