

Příjmení: **Jméno:** **Titul:** **Datum narození:**

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje. **Správnou odpověď zakroužkujte!**
 Seznamte se, prosím, s „**Poučením dárce krve**“.

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Seznámil(a) jste se s poučením o rizikovém chování z hlediska darování krve a rozumíte mu?..... | Ano | Ne |
| 2. Patříte do některé skupiny s rizikovým chováním? (viz „ POUČENÍ “ a „ INFORMACE “ pro dárce)..... | Ano | Ne |

SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV

- | | | |
|---|-----|----|
| 3. Cítíte se zdrav(a)?..... | Ano | Ne |
| 4. Užíváte pravidelně léky (uvedte <u>všechny</u> včetně např. Acylpyrinu, hormonální antikoncepce)? | Ano | Ne |
| Jaké:..... | | |
| 5. Užil(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké léky (pravidelně užívané léky již neuvádějte)? | Ano | Ne |
| Jaké: | | |
| 6. Léčíte se nebo jste sledován(a) pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)? | Ano | Ne |
| 7. Potíte se v noci v nadměrné míře, pozorujete zvýšené teploty, zduřelé uzliny?..... | Ano | Ne |
| 8. Hubnete v poslední době bez zjevné příčiny..... | Ano | Ne |
| 9. Prodělal(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjemové onemocnění apod.)?..... | Ano | Ne |
| 10. Podstoupil(a) jste v posledních 7 dnech trhání zubů nebo malý chirurgický výkon?..... | Ano | Ne |
| 11. Měl(a) jste v posledních 4 týdnech přisáté klíště? | Ano | Ne |

ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU

Prodělal(a) jste v uplynulých 6 měsících:

- | | | |
|--|-----|----|
| 12. Transplantace, operace, ošetřování v nemocnici, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření (artroskopie, gastrokopie, kolonoskopie apod), poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poranění) nebo sliznicí? | Ano | Ne |
| Jaké: | | |
| Kdy:..... | | |
| 13. Dostal(a) jste transfuzi krve?..... | Ano | Ne |
| 14. Bylo Vám provedeno tetování, akupunktura, propíchování uší, piercing, permanentní make-up?..... | Ano | Ne |
| (datum provedení zákroku, popište lokality umístění, tvar, přibližný rozměr v cm): | | |
| 15. Byl(a) jste očkovan(a)? | Ano | Ne |
| Proti čemu: | | |
| 16. Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí? | Ano | Ne |
| V jakém (infekce, záření, chemická rizika atd.): | | |
| 17. Byl(a) jste léčen(a) pro pohlavní chorobu?..... | Ano | Ne |
| 18. Pobýval (a) jste v nápravném zařízení (vězení)?..... | Ano | Ne |
| 19. Byl(a) jste v uplynulých 12 měsících úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným s infekční žloutenkou, AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog? | Ano | Ne |
| Jakým: | | |
| 20. Pobýval(a) jste v zahraničí? | Ano | Ne |
| Kde? (i krátkodobě, turistický pobyt):..... | | |
| 21. Pro ženy: Byla jste v posledním roce těhotná nebo jste těhotná? | Ano | Ne |

ODBĚRY KRVE V MINULOSTI

- | | | |
|--|-----|----|
| 22. Darujete krev nebo její složky poprvé? (pokud ano, otázky 23 a 24 nevyplňujte)..... | Ano | Ne |
| 23. Měl(a) jste po minulém odběru zdravotní komplikaci (např. mdloby, kolaps, větší hematom aj.)?..... | Ano | Ne |
| 24. Chodíte darovat i do jiného zdravotnického zařízení? | Ano | Ne |
| 25. Byl(a) jste někdy odmítnut(a) jako dárce – dárkyně krve? | Ano | Ne |
| Důvod: | | |

PRODĚLANÉ CHOROBY – ANAMNÉZA (od narození do dnešního dne)

- | | | |
|---|-----|----|
| 26. Infekční žloutenka, HIV infekce (AIDS), infekce virem HTLV I/II, pohlavní nemoc (syfilis, kapavka), tuberkulóza, jiné přenosné nemoci - inf. mononukleóza, klíšť.encefalitida, brucelóza, tularémie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, babesióza, leishmaniáza (Kala-Azar), Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, malárie aj. | Ano | Ne |
| 27. Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak..... | Ano | Ne |
| 28. Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytémie, thalassémie, aj.)..... | Ano | Ne |
| 29. Nemoci zažívacího traktu (vředová choroba, záněty slinivky, střeva aj.) | Ano | Ne |
| 30. Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza aj.)..... | Ano | Ne |
| 31. Nemoci ledvin (záněty, kameny, kolika aj.) | Ano | Ne |
| 32. Nemoci dýchacích orgánů (astma, rozedma plic, chronický zánět průdušek aj.)..... | Ano | Ne |

Dotazník pro dárce krve

33. Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis aj.)..... Ano Ne
34. Nádorová onemocnění Ano Ne
35. Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, epilepsie, roztroušená skleróza, glaukom, deprese, psychóza aj.) Ano Ne
36. Operace a všechny větší úrazy; transplantace; transfuze krve. Kdy, kde-uvěďte stát: Ano Ne
37. Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek? Ano Ne
38. Alergie, poruchy imunity, kožní onemocnění? Jaké:..... Ano Ne
39. Bylo u Vás nebo v rodině zjištěno onemocnění Creutzfeldt-Jakobovou chorobou či její varianta (vCJD)? Ano Ne
40. Užíval(a) jste někdy následující léky: isotretinoin (např. Aknenormin), etretinát (např. Tegison), aciretin (např. Neotigason), finasteride (např. Adafin, Finard, Penester), dutasterid (např. Avodart, Dustar, Dufalan) aj.?..... Ano Ne
41. Byl(a) jste někdy léčen(a) růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy?..... Ano Ne
42. Byl(a) jste někdy léčen(a) pro alkoholismus nebo lékovou závislost? Ano Ne
43. Máte- kdykoli v minulosti provedeno tetování, akupunkturu, propíchování uší, piercing, permanentní make-up? (uveďte datum provedení zákroku, popište lokality umístění, tvar, přibližný rozměr v cm):..... Ano Ne
44. Užíval jste někdy drogy (i nitrožilně), popřípadě injekční léky nepředepsané lékařem, anabolika, steroidy apod.)? Ano Ne
45. Narodil(a) jste se nebo žil(a) jste v zahraničí? Kde?..... Ano Ne
46. Pobýval(a) jste v období 1980-1996 celkem, déle než 6 měsíců ve Velké Británii, Sev. Irsku nebo ve Francii? . Ano Ne
47. Máte zaměstnání nebo koníčka se zvýšenou tělesnou zátěží nebo nároky na pozornost? (řidič z povolání, pilot, práce ve výškách, horolezectví, potápění) Ano Ne

Stvrzuji, že jsem nezamířel(a) žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl(a), jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamíčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce transfuze, je zákonem postižitelné).

DATUM:

PODPIS DÁRCE:

Seznámil(a) jsem se s „Poučením dárce krve“ a jeho obsahu rozumím. **Ve smyslu znění „Poučení dárce krve“ se považuji se za vhodného dárce, jehož krev neohrozí zdraví příjemce.** Byl(a) jsem poučen(a) o průběhu odběru a rizicích s ním spojených a s odběrem souhlasím. Byl(a) jsem poučen(a) o tom, že mám právo klást otázky týkající se odběru a právo kdykoliv od odběru ustoupit. Potvrzuji, že na každou položenou otázku jsem dostal(a) uspokojivou odpověď. Byl(a) jsem poučen(a) o možnosti diskrétního samovyhloučení. Souhlasím s tím, aby moje krev byla vyšetřena všemi potřebnými testy, včetně testu na AIDS a s uchováváním vzorků krve pro případné dodatečné vyšetření krví přenosných infekcí a antigenů krevních skupin včetně molekulárně-genetických metod. Souhlasím s tím, aby v případě nevyhovujících výsledků byla použita v rámci zdravotní péče k jiným než transfuzním účelům. Byl(a) jsem poučen(a), že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován(a). Prohlašuji, že nepřicházím darovat krev za účelem vyšetření na AIDS. Beru na vědomí, že nejméně 30 minut po odběru bych měl(a) odpočívat a teprve poté se aktivně účastnit silničního provozu. Souhlasím s tím, že mé osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu budou evidovány při dodržování povinné mlčenlivosti dle platného zákona a při dodržování zásad lékařského tajemství budou využívány v rámci transfuzní služby (např. referenční laboratoře pro infekční choroby, registr vyrazených dárců krve, registr dárců krve se vzácnou krevní skupinou, aj.) a v rámci výuky studentů ve zdravotnictví. Souhlasím s tím, že mé osobní údaje budou sděleny subjektům ČČK pro potřeby oceňování dárců. Souhlasím s tím, aby léčivé přípravky, vyrobené z mé krve (nebo plazmy), byly použity v souladu s medicínskými, etickými a humanitárními principy k léčbě nemocných v rámci platné legislativy pouze v případě, že budou vyhovovat požadavkům na jejich bezpečnost a jakost. V případě vzniku přebytku vyrobených léčivých přípravků v ČR souhlasím s jejich vývozem za účelem léčby nemocných v jiných zemích. Podpisem stvrzuji, že dávám informovaný souhlas s provedením odběru a s laboratorním vyšetřením.

DATUM:

PODPIS DÁRCE:

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU OSOBOU ODPOVĚDNOU ZA PROPUŠTĚNÍ DÁRCE K ODBĚRU:

VYHOVUJE: <input type="checkbox"/>	NEVYHOVUJE: <input type="checkbox"/>	Nevyhovuje pro:
Datum:		Podpis odpovědné osoby: