

Izjava o poučenosti in pisna privolitev za odvzem krvi/afereze

Podpisani/a _____, rojen/a _____

Izjavljam,

- da so mi vsa vprašanja razumljiva in da so moji odgovori resnični in dovoljujem, da se podatki uporabijo, shranijo in obdelujejo v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov;
- da sem prejel/a, prebral/a in razumel/a informacijsko gradivo o dajanju krvi, njenem testiranju, neželenih učinkih dajanja krvi in tveganju, povezanem s postopkom odvzema krvi, kakor tudi o varnosti krvi in tveganju za prenos bolezni s krvjo;
- da sem bil/a seznanjen/a z možnostjo samozključitve, kar pomeni, da lahko brez pojasnila odstopim od dajanja krvi;
- da sem v primeru zastavljanja vprašanj dobil/a zadovoljiv odgovor medicinskega osebja.

Soglašam,

- da se moja kri ali krvne komponente uporabijo za transfuzijo bolnikom v skladu z veljavno zakonodajo;
- da se z mojo krvjo opravijo potrebni predpisani testi in da se me o morebitnih pozitivnih izsledkih zaupno obvesti;
- da se moji osebni podatki zbirajo, vodijo in uporabljajo izključno za namene krvodajalstva skladno z zakonom.

S podpisom potrjujem, da prostovoljno dajem kri in soglašam z nadaljevanjem postopka odvzema krvi.

Kraj in datum: _____ Krvodajalec/ka: _____

V primeru, da se pri vas pojavijo kakršni koli znaki bolezni ali če podvomite o varnosti vaše krvi po darovanju krvi, vas prosimo, da nas o tem takoj obvestite (tel. (01) 543 81 00, e-naslov: krvodajalec@ztrm.si).

Vprašalnik pregledal/a: _____

OPOMBE _____



Spoštovana krvodajalka/ krvodajalec!

Prosimo vas, da preberete priloženo informacijsko gradivo in nato odgovorite na vprašanja. Zastavljamo vam jih zaradi varovanja vašega zdravja in hkrati zdravja prejemnikov vaše krvi. Zaupnost vaših odgovorov je zagotovljena.

Odgovarjate tako, da označite ustrezen odgovor in navedete podatek.

Prosimo navedite vašo: telesno višino _____ cm in telesno maso _____ kg

1. Ali se (danes) počutite zdravi? _____ DA NE

2. Ali ste danes že zaužili obrok hrane? _____ DA NE

3. Ali ste že kdaj darovali kri? Kdaj? _____ DA NE
Kje? _____

4. Ali ste kdaj imeli stranske učinke oz. težave zaradi odvzema krvi (npr. v laboratoriju)? _____ DA NE

5. Ali so vas kdaj zavrnili kot krvodajalca? Zakaj? _____ DA NE

6. Ali opravljate nevaren poklic oz. imate nevarne konjičke (potapljač, poklicni voznik, pilot, delo na višini.....)? _____ DA NE

7. Ali ste bili v zadnjih 7 dneh pri zdravniku ali zobozdravniku? _____ DA NE

8. Ali ste imeli v zadnjem mesecu kdaj povišano telesno temperaturo, ste izgubili telesno maso in/ali bili nezmožni za delo (npr. bili v bolniškem staležu)? _____ DA NE

9. Ali ste bili v zadnjih 4 tednih cepljeni? _____ DA NE
Vrsta cepljenja? _____ Kdaj? _____



10. Ali ste v zadnjih 6 mesecih:

- opravili piercing, tetoviranje, ali bili na akupunkturi? DA NE
- se zbodli z rabljeno medicinsko iglo ali prišli v stik s tujo krvjo? DA NE
- bili v stiku z osebo z nalezljivo boleznijo? DA NE
- doživeli poškodbo? DA NE
- bili operirani? DA NE
- opravili endoskopske ali druge medicinske preiskave? (gastro-, kolono-, rektro-, arto-skopija, diagnostična slikanja) DA NE
- dobili transfuzijo krvi? DA NE

11. Ali ste kadarkoli imeli, ali imate kakršno koli bolezen ali zdravstvene težave?

- Bolezni srca in ožilja (prirojene, angina pectoris, motnje ritma, revmatsko mrzlico....). DA NE
- Visok ali nizek krvni tlak. DA NE
- Sladkorna bolezen, povišanje maščob v krvi, bolezni ščitnice. DA NE
- Bolezni ledvic in sečil (prostata). DA NE
- Alergije: _____ DA NE
- Bolezni dihal, tuberkuloza, astma. DA NE
- Bolezni prebavil, rano na želodcu ali dvanajstniku. DA NE
- Epilepsija in druge bolezni (migrena)/poškodbe živčnega sistema. DA NE
- Rakave bolezni. DA NE
- Luskavica, druge kožne bolezni. DA NE
- Virusna zlatenica, malarija, druge tropske bolezni. DA NE
- Presaditev organov ali tkiv (očesna roženica, možganska ovojnica). DA NE
- Spolno prenosljive bolezni. DA NE
- Drugo: _____ DA NE

12. Ali ste jemali oz. jemljete kakšna zdravila?

DA NE

13. Ali ste v zadnjih 5 dneh jemali aspirin oz. druga zdravila proti bolečinam?

DA NE

14. Ali je kdo v vaši družini imel oz. imate degenerativno možgansko bolezen?

DA NE

15. Ali ste bivali v Veliki Britaniji ali na Irskem od 1980 do 1996 skupno več kot 12 mesecev in bili tam operirani ali prejeli transfuzijo krvi?

DA NE

16. Ali ste v zadnjih 3 letih potovali v kraje zunaj Slovenije? Kam? _____

DA NE

17. Ali ste kdajkoli uporabljali oz. si vbrizgavali drogo, steroide, hormone?

DA NE

18. Ali ste kdajkoli za spolni odnos prejeli plačilo ali drogo?

DA NE

19. Ali ste kdajkoli imeli spolne stike z:

- osebo, ki si vbrizgava drogo? DA NE
- osebo, ki za spolne odnose prejema plačilo ali droge? DA NE
- osebo, ki je HIV pozitivna ali ima virusno zlatenico ali kakršno koli spolno bolezen? DA NE
- moškimi, ki je imel spolne odnose z drugim moškimi? DA NE

20. Ali ste v družini oziroma v službi izpostavljeni virusni zlatenici (hepatitisu)?

DA NE

Odgovorijo samo ŽENSKE:

21. Ali ste imeli, ali imate kakršno koli bolezen rodil oz. ginekološke težave?

DA NE

22. Ali ste noseči oz. v zadnjih 12 mesecih bili noseči, rodili, dojili oz. imeli splav?

DA NE

23. Ali imate danes menstruacijo?

DA NE

