



DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVE A KREVNÍCH SLOŽEK

Vyplňte prosím zodpovědně a úplně všechny údaje. **Správnou odpověď zakroužkujte!!!**

Před vyplněním dotazníku se seznamte prosím s **Poučením dárce krve.**

Příjmení a jméno		Titul	Zdravotní pojišťovna	
Rodné číslo (číslo pojištění)	Telefon	E-mail (<i>nepovinný údaj</i>)		Číslo odběru (<i>nevyplňujte</i>)

- Seznámil(a) jste se s poučením o rizikovém chování z hlediska darování krve a rozumíte mu?..... ANO NE
- Patříte do některé skupiny s rizikovým chováním? (např. osoby mající pohlavní styk s osobami stejného pohlaví, prostitute, užívání injekčních drog, transplantace, atd, viz „**POUČENÍ DÁRCE KRVE**“).. ANO NE

SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV

- Cítíte se zdrav(a)?..... ANO NE
- Užíváte pravidelně léky? (uvedte všechny včetně např. Acylpyrinu, léky na tlak, léky na štítnou žlázu) Jaké?..... ANO NE
- Užil(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké léky? (např. paralen, ibuprofen, antibiotika, atd.; pravidelně užívané léky již neuvádějte). Jaké: ANO NE
- Léčíte se nebo jste sledován(a) pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)?..... ANO NE
- Potíte se v noci v nadměrné míře, pozorujete zvýšené teploty, zduřelé uzliny?..... ANO NE
- Hubnete v poslední době bez zjevné příčiny?..... ANO NE
- Prodělal(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjemové onemocnění, pásový opar, apod.)?..... ANO NE
- Podstoupil(a) jste v posledních 7 dnech trháni zubů nebo malý chirurgický výkon?..... ANO NE
- Měl(a) jste v posledních 4 týdnech přisáté klíště?..... ANO NE

ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU

V uplynulých 12 měsících:

- Prodělal(a) jste transplantaci, operaci, ošetření v nemocnici, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření (artroskopii, gastrokopii, kolonoskopii, zavedení katétru apod.), poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poraněním nebo sliznicí)?..... ANO NE
Jaké? Kdy?
- Dostal(a) jste transfuzi krve?..... ANO NE
- Bylo Vám provedeno tetování, akupunktura, propichování uší, piercing?..... ANO NE
- Byl(a) jste očkován(a) nebo imunizován(a)? Proti čemu?..... ANO NE
- Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí?..... ANO NE
V jakém (infekce, záření, chemická rizika atd.)
- Byl(a) jste léčen(a) pro pohlavní chorobu?..... ANO NE
- Pobýval(a) jste v nápravném zařízení (vězení)?..... ANO NE
- Byl(a) jste v úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným s infekční žloutenkou, AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog?..... ANO NE
Jakým?.....
- Pobýval(a) jste v zahraničí? Kde (i krátkodobě, turistický pobyt):..... ANO NE
- Pro ženy:** Byla jste v posledním roce nebo jste těhotná? Kojíte nebo jste kojila?..... ANO NE
- Pro ženy:** Užíváte hormonální antikoncepci nebo máte zavedené nitroděložní tělíčko?..... ANO NE

ODBĚRY KRVE V MINULOSTI

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

PRODĚLANÉ CHOROBY – ANAMNÉZA (OD NAROZENÍ DO DNEŠNÍHO DNE)

- Infekční žloutenka, HIV infekce (AIDS), infekce virem HTLV I/II, pohlavní nemoc (syfilis, kapavka), tuberkulóza, jiné přenosné nemoci (inf. mononukleóza, klíšťová encefalitida, brucelóza, tularemie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, malárie, babezióza, leishmanióza (Kala-Azar), Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, aj.)..... ANO NE
- Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak ANO NE

29. Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytemie, thalassemie aj.)..... ANO NE
30. Nemoci zažívacího traktu (vředová choroba, záněty slinivky, střeva aj.)..... ANO NE
31. Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza aj.)..... ANO NE
32. Nemoci ledvin (záněty, kameny, koliky aj.)..... ANO NE
33. Nemoci dýchacích orgánů (astma, rozedma plic, chronický zánět průdušek aj.)..... ANO NE
34. Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis, aj.)..... ANO NE
35. Nádorová onemocnění..... ANO NE
36. Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, epilepsie, roztroušená skleróza, glaukom, deprese, psychóza aj.)?..... ANO NE
37. Operace a všechny větší úrazy; transplantace. Jaké, kdy?..... ANO NE
38. Dostal(a) jste někdy transfuzi krve? Kdy, kde (uvedte stát):..... ANO NE
39. Byla vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek?..... ANO NE
40. Alergie, senná rýma, poruchy imunity, kožní onemocnění. Jaké?..... ANO NE
41. Bylo u Vás nebo v rodině zjištěno onemocnění Creutzfeldt-Jakobovou chorobou nebo její variantní formou? ANO NE
42. Užíval(a) jste někdy následující léky: isotretinoin (např. Ankenormin, Roaccutane), etretinát (např. Tigason, Tegison), acitretin (např. Neotigason), finasterid (např. Adafin, Finard, Penester), dutasterid (např. Avodart, Dustar, Dutalan), vismodegib (Erivedge), aj.?..... ANO NE
43. Byl(a) jste někdy léčen(a) růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy?..... ANO NE
44. Byl(a) jste někdy léčen(a) pro alkoholismus nebo lékovou závislost?..... ANO NE
45. Užíval(a) jste někdy drogy (zejména injekční aplikace), případně injekční léky nepředepsané lékařem (anabolika, steroidy, apod.)?..... ANO NE
46. Narodil(a) jste se nebo žil(a) jste v zahraničí? Kde:..... ANO NE
47. Pobýval(a) jste v období 1980-1996 celkem déle než 6 měsíců ve Velké Británii nebo Francii?..... ANO NE
48. Máte zaměstnání nebo koníčka se zvýšenou tělesnou zátěží nebo nároky na pozornost (řidič z povolání, pilot, práce ve výškách, horolezectví, potápění)?..... ANO NE
49. Jste kuřák/ kuřačka?..... ANO NE

Před odběrem je kouření zakázáno!

PROHLÁŠENÍ DÁRCE

Prohlašuji, že jsem nezamlčel(a) žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl(a), jsou pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že zamlčením nebo nepravdivým zodpovězením výše uvedených otázek bych mohl/a ohrozit příjemce mé krve, což je zákonem postižitelné.

Seznámil(a) jsem se s „Poučením dárce krve“ a jeho obsahu rozumím. **Ve smyslu znění „Poučení dárce krve“ se považuji 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. Byl(a) jsem poučen(a) o možnosti diskrétního **samovyloučení**. Prohlašuji, **že nepřicházím darovat krev za účelem vyšetření na AIDS.**

Byl(a) jsem seznámen(a) se zásadami zpracování osobních údajů dárce krve a krevních složek.

Beru na vědomí, že:

- moje krev bude vyšetřena všemi potřebnými testy, tedy testy na virologii žloutenek typu B a C, testem na AIDS, syfilis a testy imunohematologickými na stanovení krevních skupin a nepravidelných protilátek;
- vzorek mé krve bude uchován pro případné dodatečné vyšetření krví přenosných infekcí v Národní referenční laboratoři Praha v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření; mé osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu budou v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření v souladu s právními předpisy sděleny Národnímu registru trvale vyřazených dárců nebo Národnímu registru dárců krve se vzácnou krevní skupinou;
- mé osobní údaje, údaje o mém zdravotním stavu a vzorky krve mohou být v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření poskytnuty imunohematologické laboratoři za účelem dovyšetření krevní skupiny;
- léčivé přípravky vyrobené z mé krve (nebo plazmy) budou použity v souladu s medicínskými, etickými a humanitárními principy k léčbě nemocných v souladu s příslušnými právními předpisy; případně může být použit pro in vitro účely
- nejméně **30 minut po odběru** bych měl/a budu odpočívat a teprve poté se budu aktivně účastnit silničního provozu.

Udělené souhlasy nebo nesouhlasy – zaškrtněte křížkem příslušnou Vaši svobodně učiněnou volbu:

- Ano / Ne Souhlasím s tím, že mé osobní údaje budou v nezbytném rozsahu sděleny příslušné organizaci Českého červeného kříže za účelem odměňování dobrovolných bezplatných a bezpříspěvkových dárců krve (<https://www.cervenykruz.eu>).
- Ano / Ne Souhlasím s tím, že mé osobní údaje mohou být využívány v rámci výuky studentů a odborných pracovníků ve zdravotnictví.

Datum:

Podpis dárce:

Vyhodnocení dotazníku osobou odpovědnou za propuštění dárce k odběru:

Vyhovuje Nevyhovuje, protože:

Datum Podpis lékaře nebo pověřeného zdravotnického pracovníka.....