

Tento dokument je určen pouze pro čtení

Dotazník pro dárce krve

| | | |
|-----------|--------------|-------------------------------|
| Příjmení: | Titul: | Číslo odběru (nevyplňujte) |
| Jméno: | Rodné číslo: | |

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny požadované údaje a odpovězte pravdivě na všechny položené otázky.

Správnou odpověď vždy zakroužkujte.

Před vyplněním dotazníku se, prosím, seznamte 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 dárce krve") ano ne

SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV

3. Cítíte se zdrav(a)? ano ne
4. Prodělal(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjmové onemocnění apod.)? ano ne
5. Podstoupil(a) jste v posledních 7 dnech trhání zubů nebo malý chirurgický výkon? ano ne
6. Užil(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké léky? ano ne
Jaké:
7. Měl(a) jste v posledních 4 týdnech prisáté klíště? ano ne
8. Potíte se v noci v nadměrné míře, pozorujete zvýšené teploty, zduřelé uzliny? ano ne
9. Hubnete v poslední době bez zjevné příčiny? ano ne
10. Léčíte se nebo jste sledován(a) pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)? ano ne
Jaké:
11. Užíváte pravidelně nějaké léky? (uved'te všechny včetně např. acylpyrinu, hormonální antikoncepce apod.) ano ne
Jaké:

Tento dokument je určen pouze pro čtení

ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU

Prodělal(a) jste v **uplynulých 6 měsících**:

12. Transplantace, operace, ošetření v nemocnici, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření, poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poraněním nebo sliznicí)?..... ano ne
Jaké: Kdy:
13. Dostal(a) jste transfuzi krve?..... ano ne
14. Bylo Vám provedeno tetování, akupunktura, propichování uší, piercing?..... ano ne
Kdy a kde:
15. Byl(a) jste očkován(a)?..... ano ne
Proti čemu a kdy:
16. Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí?..... ano ne
V jakém (infekce, záření, chemická rizika atd.):
17. Byl(a) jste v **posledním roce** léčen(a) pro pohlavní chorobu? ano ne
Jakou:
18. Pobýval(a) jste v nápravném zařízení (vězení)?..... ano ne
19. 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
Jakém:
20. Pobýval(a) jste mimo Evropu (zejména v exotických oblastech tropů nebo subtropů)? ano ne
Kde (i krátkodobě, turistický pobyt):
21. **Pro ženy:** Jste těhotná nebo jste v posledním roce byla 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 následně 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 (infekční mononukleóza, klíšťová encefalitida, brucelóza, tularémie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, malárie, babesióza, leishmaniáza (Kala-Azar), Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, aj.) ano ne
27. Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak ano ne
28. Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytemie, thalassemie, aj.) ano ne

Tento dokument je určen pouze pro čtení

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
33. Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis, aj.) ano ne
34. Nádorové onemocnění ano ne
35. Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, epilepsie, roztroušená skleróza, deprese, psychóza, aj.) ano ne
36. Operace a všechny větší úrazy, transplantace, transfuze krve (včetně transfuze ve Velké Británii) ano ne
- Jaké: Kdy:
37. Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek? ano ne
38. Alergie, poruchy imunity, kožní onemocnění? ano ne
- Jaké:
39. Byla u Vás nebo v rodině zjištěna Creutzfeldt-Jakobova choroba nebo její varianta (vCJD)? ano ne
(Jedná se o vzácné onemocnění postihující centrální nervový systém (lidově známé jako „nemoc šílených krav“), které se vyskytuje buď dědičně v postižených rodinách, nebo je způsobeno přítomností tzv.prionů-infekčních bílkovin, které se do těla dostávají požitím tkáně infikovaného zvířete)
40. Užíval(a) jste někdy následující léky: isotretinoin (např. Roaccutane, Accutane), etretinat (např. Tegison, Tigason), acitretin (např. Neotigason), finasterid (např. Proscar, Propecia, Penester, Mostrafin, Finex), dutasterid (např. Avodart), 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. Užíval(a) jste někdy drogy (zejména nitrožilní aplikace)? ano ne
44. Narodil(a) jste se nebo žil(a) jste v zahraničí? ano ne
- Kde:
45. Pobýval(a) jste v období 1980 – 1996 celkem déle než 6 měsíců ve Velké Británii nebo ve Francii? ano ne
46. Máte zaměstnání nebo koníčka se zvýšenou tělesnou zátěží nebo vyššími nároky na pozornost? (řidič z povolání, pilot, práce ve výškách, horolezectví, potápění) ano ne
47. Užíval(a) jste někdy antimalarika (preventivní užívání, samoléčba)? ano ne

Stvrzuji, že jsem nezamlčel(a) žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl(a), jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamlčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce transfuze, 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. 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 aby v případě nevyhovujících výsledků byla použita v rámci zdravotní péče k jiným než transfuzním účelům. Byl(a) jsem poučen(a), že v

Tento dokument je určen pouze pro čtení

případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován(a). Beru na vědomí, že nejméně 30 minut po odběru bych měl(a) odpočívat a teprve poté se aktivně účastnit silničního provozu.

Dále prohlašuji, že nepřicházím darovat krev za účelem vyšetření na AIDS.

Souhlasím s tím, že pokud splňuji podmínky pro zařazení do Národního registru vyřazených dárců krve a registru vzácných dárců krve a vzácných erytrocytů, byly mé osobní údaje evidovány v registru, a to v následujícím rozsahu:

V registru vyřazených dárců: rodné číslo, jméno a příjmení, důvod vyřazení a pracoviště, kterým byl dárce vyřazen, telefonní číslo dárce;

V registru dárců se vzácnými skupinovými znaky: kód dárce, zápis skupiny ABO RhD a vybraných antigenů s nízkou frekvencí.

Souhlasím s tím, že mé osobní údaje (v rozsahu jméno, příjmení, adresa a počet odběrů) budou sděleny oprávněným zástupcům Českého červeného kříže pro potřeby oceňování dárců.

VFN je výukovým a vědeckým pracovištěm; pod dohledem zdravotníků zde vykonávají svou praxi osoby připravující se k výkonu povolání (studenti, stážisti). Beru na vědomí, že údaje o mém zdravotním stavu mohou být v anonymizované/kódované formě využívány pro účely výuky studentů ve zdravotnictví (tj. studenti nebudou mít možnost zjistit mou totožnost).

Souhlasím s tím, aby léčivé přípravky, vyrobené z mé krve (nebo z mé 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 beru na vědomí a souhlasím s jejich vývozem za účelem léčby nemocných v dalších zemích.

V dne Podpis dárce

| | | | |
|---|----------|------------------------|--------------------------|
| Vyhodnocení dotazníku osobou odpovědnou za propuštění dárce k odběru | | | |
| <input type="checkbox"/> | Vyhovuje | Nevyhovuje | <input type="checkbox"/> |
| Nevyhovuje pro | | | |
| Datum | | Podpis odpovědné osoby | |