

ENCUESTA PREVIA A LA DONACIÓN DE SANGRE

APELLIDOS _____
NOMBRE _____ EDAD _____ DNI _____

Por su propia seguridad y por la del receptor de su donación **le rogamos lea atentamente** la información contenida en este documento, que lo **conteste** con total sinceridad. Queda garantizada la confidencialidad de sus datos y sus respuestas. Pregunte al personal que le atiende cualquier duda que pueda surgirle.

PREGUNTAS	SI	NO
¿Es usted donante de sangre?		
¿En alguna ocasión ha tenido algún incidente durante o después de la donación?		
¿Ha sido rechazado en alguna ocasión para donar sangre?		
Es especialmente importante que NO DONE si se encuentra en alguno de los siguientes grupos con prácticas de riesgo:		
Si ha tenido Vd. distintas parejas sexuales en los últimos 6 meses.		
Si Vd. ha consumido alguna vez drogas por vía intravenosa o intramuscular, incluyendo esteroides o derivados		
Si Vd. ha tenido alguna vez relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas o con personas de las que se desconocen sus hábitos sexuales o que practican la prostitución.		
Si su pareja sexual se encuentra en alguno de los supuestos anteriores.		
Si su pareja sexual es seropositiva para el virus de la hepatitis B, hepatitis C o el virus del SIDA.		
País de nacimiento:		
País de nacimiento de la madre:		
Fecha del último viaje al país de nacimiento:		
Medicación:		
¿Recibe algún tipo de tratamiento médico (pastillas, inyecciones...) en este momento? Especifique		
¿Ha tomado antibióticos en la última semana?		
¿Ha tomado aspirina (ácido acetilsalicílico) o derivados en los últimos 5 días?		
¿Ha recibido tratamiento con Dutasteride (Avodart, Jalyn, Duodart), Finasterida (Proscar, Propecia, Ativol, Eucoprost) por un problema de próstata o de alopecia?		
¿Ha tomado Tigason o Neo-Tigason, Roacutan o Isotrex por problemas en la piel?		
¿Ha recibido alguna vacuna en el último año? Especifique:		
En los últimos 4 meses:		
¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?		
¿Le han efectuado algún tipo de endoscopia (colonoscopia, gastroscopia, broncoscopia u otras)?		
¿Se ha efectuado algún tatuaje, piercing o tratamiento de acupuntura?		
¿Le han efectuado alguna intervención quirúrgica? Especifique:		
Otras cuestiones:		
¿Ha convivido o mantenido contacto íntimo con alguna persona portadora o enferma del virus de la hepatitis B, C o el VIH?		
Si es Vd. mujer, ¿ha dado a luz o ha tenido un aborto en los últimos 6 meses?		
¿Ha tenido fiebre en los últimos 15 días o alguna infección leve en la última semana?		
¿Ha tenido en alguna ocasión algún problema de salud relacionado con enfermedades del corazón, pulmón, hígado, riñones, aparato digestivo, piel o sistema nervioso?		

Especifique:		
	SI	NO
¿Padece Vd. diabetes? En caso afirmativo especifique si necesita insulina:		
¿Ha tenido en alguna ocasión algún problema de salud relacionado con enfermedades hematológicas, o con cualquier tipo de cáncer? Especifique:		
¿Ha sido Vd. diagnosticado de alguna enfermedad autoinmune?. Especifique:		
¿Ha tenido alguna vez algún tipo de infección como meningitis, encefalitis, tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C, SIDA, virus Zika, fiebre del Oeste del Nilo, leishmaniasis(Kala-Azar), tripanosomiasis(Enf. de Chagas), sífilis, brucelosis(Fiebres de Malta), fiebre Q, babesiosis, toxoplasmosis o mononucleosis, ? Especifique:		
-¿Le han efectuado algún procedimiento de cirugía menor (incluyendo extracciones dentarias) en la última semana? Especifique:		
Indique si le afecta alguna de estas situaciones: injertos (de hueso, piel, córnea, de tímpano o duramadre), xenotrasplante (trasplante de órgano de animal), o cirugía cerebral. Especifique:		
¿Ha recibido tratamiento con hormona del crecimiento?		
Antecedentes personales o familiares de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o su variante, o cualquier encefalopatía espongiiforme transmisible.		
¿Ha residido durante más de 1 año, acumulativo, en el Reino Unido durante el periodo comprendido entre 1980 y 1996?		
¿Es Vd. alérgico a alguna sustancia? Especifique:		
En el último año, ¿ha realizado algún viaje fuera de España? Especifique:		

Observaciones: _____

	SI	NO
¿Da Vd. su autorización para que las muestras obtenidas y los productos derivados de su donación que no se destinen a uso transfusional, y los datos asociados, puedan ser utilizados con fines de investigación (Ley 14/2007 3 de julio de Investigación Biomédica) y puedan ser incorporados al Biobanco del Sistema de Salud de Aragón?		

Reconocimiento: Con mi firma **declaro** que:

-No me encuentro en ninguna de las situaciones que excluyen de la donación de sangre y he tenido la oportunidad de pedir información y de autoexcluirme.

-He recibido información sobre el destino de mi donación de sangre (tríptico informativo) así como de sus posibles efectos secundarios que puedo presentar en relación con la donación de sangre.

-Doy mi consentimiento para que se me efectúen, a través de correo, comunicaciones eventuales acerca de mi estado de salud o resultados analíticos.

-Doy mi consentimiento para que mis datos sean incorporados a los ficheros del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón (C/ Ramón Salanova, 1-50017-Zaragoza) al objeto de que sean utilizados con fines clínicos. Los datos pertinentes pasarán a las Entidades de Donantes de Sangre de Aragón para comunicación de campañas u otras actividades relacionadas con la donación de sangre. Ante el Banco de Sangre y Tejidos de Aragón y en la dirección indicada podré ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición según se recoge en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007 que regula su desarrollo.

El donante abajo firmante autoriza al personal facultativo del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón a acceder a su Historia Clínica Electrónica del Servicio Aragonés de Salud, con el único objetivo de consultar resultados de pruebas de laboratorio o de anatomía patológica relacionadas con su donación, y que eviten la repetición de análisis ya realizados.

FIRMA:

NOMBRE Y APELLIDOS/ CÓDIGO:

Donante _____

Enfermero/Médico _____
(Entrevista)

Fecha: _____

Enfermero: _____
(Venopunción)

Número de Unidad

AGRADECIMIENTO: Desde el Banco de Sangre y Tejidos de Aragón queremos agradecerle su donación y esperamos poder seguir contando con su colaboración.