

**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.

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿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?		
<b>Es especialmente importante que NO DONE si se encuentra en alguno de los siguientes grupos con prácticas de riesgo:</b>		
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.		
<b>País de nacimiento:</b>		
País de nacimiento de la madre:		
Fecha del último viaje al país de nacimiento:		
<b>Medicación:</b>		
¿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:		
<b>En los últimos 4 meses:</b>		
¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?		
¿Le han efectuado algún tipo de endoscopia (colonoscopia, gastroscopia, broncoscopia u otras)?		
¿Se ha efectuado algún tatuaje, piercing, tratamiento de acupuntura o punción seca?		
¿Le han efectuado alguna intervención quirúrgica? Especifique:		
<b>Otras cuestiones:</b>		
¿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 algún aborto?		
Si es Vd. mujer, ¿ha recibido alguna vez una transfusión?		
¿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:		
¿Padece Vd. diabetes?. En caso afirmativo especifique si necesita insulina:		

	SI	NO
¿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:		
Desde su última donación,¿ ha tenido algún episodio de sangrado o hemorragia mayor de lo esperado? Especifique:		

	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 de 3 de julio de Investigación Biomédica) y puedan ser incorporados al Biobanco del Sistema de Salud de Aragón?		

**-Es importante informarle de la posibilidad de cambiar de opinión antes de continuar con el procedimiento de la donación, o de retirarse o autoexcluirse en cualquier momento.**

**-Asimismo le comunicamos nuestra obligación de informar al donante si los resultados de los análisis ponen de manifiesto cualquier anomalía importante para su salud.**

**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.

-El donante abajo firmante autoriza al personal facultativo de la Entidad Pública Aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos 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.

-Doy mi consentimiento para que mis datos sean incorporados a los ficheros de la Entidad Publica Aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos (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, oposición, supresión y portabilidad según se recoge en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

SI  NO

**FIRMA:**

Donante \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS/ CÓDIGO:**

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.