

Número donación

Nombre	
Apellidos	
Fecha nacimiento	D.N.I.
Dirección	
Código Postal	
Población	
Teléfono	Móvil
E-mail	
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

Fecha de extracción		
Código colecta	Tipo donación	
Peso	Hb	TA
Pulso	Tipo bolsa	
Resp. enfermería		
Observaciones		

¿Cómo quiere que le informemos de las campañas?	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> E-mail
Idioma preferido	<input type="checkbox"/> Catalán	<input type="checkbox"/> Castellano		

Si usted se encuentra en alguna de las situaciones descritas, no podrá donar sangre. Puede abandonar la sala, si lo desea.

- ▶ Es portador/a del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus **del SIDA**, o cree que podría serlo
- ▶ Es portador/a de alguno de los virus de la **hepatitis (B o C)** o cree que podría serlo
- ▶ Se ha inyectado **drogas** (heroína, hormonas para aumentar la musculatura, etc.) en alguna ocasión durante su vida, incluso una sola vez y aunque haya pasado mucho tiempo
- ▶ Ha aceptado en alguna ocasión dinero, drogas o algún otro tipo de pago a cambio de mantener **relaciones sexuales**
- ▶ En los últimos 4 meses, ha mantenido **relaciones sexuales** con: **parejas distintas**, alguna persona portadora **del virus del SIDA (VIH)**, alguna persona que cambie frecuentemente de pareja, alguna persona que haya podido inyectarse **drogas intravenosas**, alguna persona que ejerza o haya ejercido la **prostitución**, alguna persona residente u originaria de zonas del mundo donde el virus del **SIDA** está muy extendido (**África subsahariana o Tailandia**)

Antes de firmar, cumplimente el cuestionario que figura al dorso

Condiciones básicas para la donación	SÍ NO	Padres y lugar de nacimiento	SÍ NO
¿Es mayor de 18 años y pesa 50 kg o más? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Es hijo/a de madre extranjera? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene buena salud? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Ha nacido en un país extranjero? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es mujer, ¿está embarazada o lo ha estado en los últimos 6 meses? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿En qué país?	

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos personales, le informamos de que sus datos serán incorporados al fichero del Registro de Donantes de Sangre de Cataluña, cuyo titular es la Dirección General de Recursos Sanitarios y cuya gestión corre a cargo de Banc de Sang i Teixits, con el fin de desarrollar el proceso de donación, según los términos previstos por la legislación aplicable. Asimismo, le informamos de que, previo procedimiento de disociación irreversible para asegurar el anonimato y la desvinculación absoluta entre la sangre y sus datos, ésta podría utilizarse para fines de investigación o controles biomédicos.

Conozco que la donación de sangre es un acto voluntario y altruista y, en consecuencia, no voy a recibir ninguna compensación económica, ni siquiera en caso de que la investigación diera lugar a una aplicación. Mediante mi firma, declaro haber leído la información que me ha sido entregada, haberla comprendido y haber tenido la oportunidad de plantear las preguntas oportunas, que me han sido correctamente respondidas por el personal del BST. Declaro asimismo que he cumplimentado el cuestionario de forma cierta y otorgo mi consentimiento para que me sea extraída sangre para uso transfusional y, excepcionalmente, para otros fines médicos y de investigación, en los términos expuestos en el párrafo anterior. Asimismo, consiento en que el BST utilice mis datos personales para comunicarme cualquier información que considere de interés sobre la donación de sangre y que facilite estos datos a empresas dedicadas a la promoción de la donación, cumpliendo en todo momento con los requerimientos legales.

Banc de Sang i Teixits
Passeig Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona | T 93 274 90 25

Cuando lo desee, puede dirigirse a nosotros para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales.

Nombre y apellidos del donante
Firma

Nombre y apellidos de la persona responsable de la entrevista
Firma

Cuestionario personal

Comprensión del tríptico de información al donante

sí no

¿El banco de sangre le ha proporcionado información escrita y comprensible sobre la donación de sangre? _____

(en caso de dudas, pregunte lo que considere necesario a los profesionales que le atenderán)

Precaución en las próximas 12 horas

¿Debe realizar alguna actividad laboral o deportiva de riesgo (escafandrismo, escalada, etc.) o conducir un vehículo de transporte público? _____

Figurar en lista de espera

¿Se encuentra actualmente en lista de espera para una consulta o exploración médica? _____

Medicación

¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún medicamento? _____

¿Ha tomado alguna vez Avidart®, Duagen®, Proscar®, Propecia®, Finasterida®, Eucoprost® o Ativol® (Finasteride) para un problema de próstata? _____

¿Ha tomado alguna vez Neotigason®, Roacutan®, Tigason® o Isotrex® para problemas de piel? _____

En las últimas 2 semanas

¿Ha presentado fiebre, acompañada de dolor de cabeza y malestar general? _____

¿Ha visitado al dentista? _____

En el último mes

¿Ha recibido alguna vacuna? _____

¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad infecciosa contagiosa? _____

En los últimos 4 meses

¿Ha asistido a la consulta de algún médico o ha estado hospitalizado? _____

¿Ha sido sometido a alguna endoscopia: colonoscopia, gastroscopia, rectoscopia u otras? _____

¿Ha sido tratado con acupuntura utilizando material no desechable? _____

¿Le han hecho algún tatuaje? _____

¿Ha entrado en contacto con la sangre de otra persona por pinchazo accidental o salpicaduras? _____

¿Convive o ha convivido, mantiene o ha mantenido contacto con alguien que padeciera hepatitis, ictericia o fuera portador del virus de la hepatitis? _____

En los últimos 6 meses

sí no

¿Ha sido sometido a una intervención quirúrgica? _____

¿Ha viajado por algún motivo (turístico, laboral, para ONG, visita familiar...) a África, América, Asia u Oceanía? _____

En alguna ocasión, en el transcurso de su vida

¿Ha sido rechazado como donante? _____

¿Ha padecido alguna enfermedad grave que haya exigido control médico periódico? _____

¿Ha padecido hepatitis, ictericia o problemas de hígado? _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad infecciosa grave, como paludismo (malaria), enfermedad de Chagas, leishmaniasis, mononucleosis infecciosa o tuberculosis, sífilis o gonorrea, entre otras? _____

¿Ha padecido alguna enfermedad grave de pulmón, cerebro, riñón, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones? _____

¿Ha padecido problemas de corazón o de la presión sanguínea? _____

¿Ha sufrido episodios repetidos de crisis epilépticas, convulsiones o síncope? _____

¿Padece diabetes tratada con insulina? _____

¿Ha padecido algún tipo de cáncer? _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad o reacción alérgica grave? _____

¿Ha tenido algún problema hemorrágico o alguna enfermedad de la sangre, como anemia o exceso de glóbulos rojos? _____

¿Ha recibido alguna transfusión de sangre o de factores de la coagulación? _____

¿Ha recibido hormona de crecimiento de origen humano (antes de 1987)? _____

¿Ha recibido tejido procedente de otra persona (duramadre, córnea, otros...)? _____

¿Usted o algún familiar sufre o ha sufrido la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob? _____

¿Ha padecido o padece alguna infección por el virus linfotrópico humano (HTLV-I/II)? _____

Estancias en el extranjero

¿Ha residido en un país extranjero? _____

¿Ha vivido durante más de un año (sumando todos los períodos de permanencia) en el Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia, Irlanda del Norte, Islas del Canal, Isla de Man) entre 1980 y 1996? _____