

Nom	_____
Cognoms	_____
Data naixement	D.N.I. _____
Adreça	_____
Codi Postal	_____
Població	_____
Telèfon	Mòbil _____
E-mail	_____
Sexe	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona

Data d'extracció	_____	
Codi col·lecta	Tipus donació _____	
Pes	Hb	TA
Pols	Tipus bossa _____	
Resp. Infermeria	_____	
Observacions	_____	

Com vol que l'informem de les campanyes?	<input type="checkbox"/> Telèfon	<input type="checkbox"/> Mòbil	<input type="checkbox"/> Correu postal	<input type="checkbox"/> E-mail
Idioma preferit	<input type="checkbox"/> Català	<input type="checkbox"/> Castellà		

Si vostè es troba en alguna d'aquestes situacions, no podrà donar sang. Pot abandonar la sala, si ho desitja.

- ▶ És vostè portador/a del virus de la Immunodeficiència Humana (VIH) o Virus de **la SIDA** o creu que podria ser-ho
- ▶ És vostè portador/a d'algun dels virus de **l'hepatitis (B o C)** o creu que podria ser-ho
- ▶ S'ha injectat **drogues** (heroïna, hormones per augmentar la musculatura, etc.) algun cop a la seva vida, encara que hagi estat tan sols una vegada i fa molt de temps
- ▶ Ha acceptat alguna vegada diners, drogues o un altre tipus de pagament a canvi de mantenir **relacions sexuals**
- ▶ Ha mantingut, en els darrers 4 mesos, **relacions sexuals** amb: **diverses parelles**, alguna persona portadora **del virus de la SIDA (VIH)**, **alguna persona que canvia freqüentment de parella**, alguna persona que hagi pogut punxar-se **drogues intravenoses**, alguna persona que exerceixi o hagi exercit la **prostitució**, una persona resident o originària de zones del món on el virus de la **SIDA** està molt estès (**l'Àfrica subsahariana o Tailàndia**)

Abans de signar, empleni el qüestionari del revers

Condicions bàsiques per a la donació	SÍ NO	Pares i lloc de naixement	SÍ NO
Té més de 18 anys i pesa 50 quilos o més?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	És fill de mare estrangera? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es troba bé de salut? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ha nascut en un país estranger? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si és dona, està embarassada o ho ha estat en els darrers 6 mesos? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En quin país?	

En compliment amb la *Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal*, l'informem que les seves dades s'incorporaran al Fitxer del Registre de Donants de Sang de Catalunya, del qual és titular la Direcció General de Recursos Sanitaris i que gestiona el Banc de Sang i Teixits amb la finalitat de desenvolupar el procés de donació, en els termes previstos per la legislació aplicable. També l'informem que, previ procediment de dissociació irreversible que asseguri l'anonimat i desvinculació total de la sang de les seves dades, aquesta podria emprar-se amb finalitats de recerca o controls biomèdics.

Conec que la donació de sang és voluntària i altruïsta i, en conseqüència, no rebré cap compensació econòmica, fins i tot en el cas que de la recerca se'n derivés una aplicació. Amb la meua firma, declaro que he llegit la informació que m'han entregat, l'he entès, he pogut fer les preguntes oportunes i el personal del BST me les ha contestat correctament. Declaro també que he omplert el qüestionari amb certesa i dono el meu consentiment perquè se'm faci l'extracció de sang per a ús transfusional i, de forma excepcional, per a altres usos mèdics i d'investigació, en els termes exposats en l'anterior paràgraf. Així mateix, consento que el BST utilitzi les meves dades personals per comunicar-me tota aquella informació que consideri d'interès sobre la donació de sang. També podrà facilitar aquestes dades a empreses dedicades a la promoció de la donació, complint sempre amb els requeriments legals.

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

Sempre que vulgui, es pot adreçar a nosaltres per exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, de les seves dades personals.

Nom i cognoms del donant	_____
Firma	_____

Nom i cognoms de la persona responsable de l'entrevista	_____
Firma	_____

Questionari personal

Comprensió del tríptic d'informació al donant

sí NO

El banc de sang li ha proporcionat informació escrita i comprensible sobre la donació de sang? _____

(si té qualsevol dubte, faci les preguntes que consideri pertinents als professionals que l'atendran)

Precaució per a les properes 12 hores

Ha de realitzar alguna activitat laboral o esportiva perillosa (escafandrisme, escalada...) o bé conduir un vehicle de transport públic? _____

Trobar-se en llista d'espera

Està actualment en llista d'espera per a una consulta o exploració mèdica? _____

Medicació

Està prenent o ha pres, en els darrers dies, algun medicament? _____

Ha pres alguna vegada Avidart®, Duagen®, Proscar®, Propecia®, Finasterida®, Eucoprost® o Ativol® (Finasteride) per un problema de pròstata? _____

Ha pres alguna vegada Neotigasón®, Roacutan®, Tigason® o Isotrex® per problemes de pell? _____

En les darreres 2 setmanes

Ha tingut febre acompanyada de mal de cap i malestar general? _____

Ha visitat el dentista? _____

En el darrer mes

Ha rebut alguna vacuna? _____

Ha estat en contacte amb alguna persona que tingués una malaltia infecciosa contagiosa? _____

En els darrers 4 mesos

Ha fet alguna consulta a un metge o ha estat hospitalitzat? _____

Ha estat sotmès a una endoscòpia: colonoscòpia, gastroscòpia, rectoscòpia o altres? _____

Ha estat tractat amb acupuntura realitzada amb material que no és d'un sol ús? _____

S'ha fet un tatuatge? _____

Ha tingut contacte amb la sang d'una altra persona per punxada accidental o esquitxada? _____

Conviu o ha conviscut, manté o ha mantingut contacte íntim amb algú que tingués hepatitis, icterícia o fos portador del virus de l'hepatitis? _____

En els darrers 6 mesos

sí NO

Ha estat sotmès a una intervenció quirúrgica? _____

Ha realitzat algun viatge (turístic, laboral, d'ONG, visita a la família...) a l'Àfrica, Amèrica, Àsia o Oceania? _____

En alguna ocasió, en el transcurs de la seva vida

Ha estat rebutjat com a donant alguna vegada? _____

Ha tingut alguna malaltia greu que hagi exigint control mèdic periòdic? _____

Ha patit hepatitis, icterícia o problemes de fetge? _____

Ha patit alguna malaltia infecciosa greu com ara paludisme (malària), malaltia de Chagas, leishmaniosi, mononucleosi infecciosa, tuberculosi, sífilis o gonorrea, entre d'altres? _____

Ha tingut alguna malaltia greu de pulmó, cervell, ronyó, tiroides, aparell digestiu o en altres localitzacions? _____

Ha tingut problemes de cor o de la pressió sanguínia? _____

Ha sofert episodis repetits de crisis epilèptiques, convulsions o síncope? _____

Pateix diabetis tractada amb insulina? _____

Ha tingut algun tipus de càncer? _____

Ha sofert alguna malaltia o reacció al·lèrgica greu? _____

Ha tingut algun problema hemorràgic o alguna malaltia de la sang com ara anèmia o excés de glòbuls vermells? _____

Ha rebut alguna transfusió de sang o de factors de la coagulació? _____

Ha rebut hormona de creixement d'origen humà (abans de 1987)? _____

Ha rebut teixit provinent d'una altra persona (duramàter, còrnia, altres...)? _____

Vostè o algú dels seus familiars pateix o ha patit la malaltia de Creutzfeldt-Jakob? _____

Ha tingut o té infecció pel virus limfotròpic humà (HTLV-I/II)? _____

Estades a l'estranger

Ha residit en un país estranger? _____

Ha viscut més d'un any –sumant tots els períodes de permanència– en el Regne Unit (Anglaterra, Gal·les, Escòcia, Irlanda del Nord, Illes del Canal, Illa de Man) durant el període de 1980 a 1996? _____