

**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 que conteste con total sinceridad este cuestionario. Queda garantizada la confidencialidad de sus datos y sus respuestas

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
• ¿Es usted donante de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.º .....
• ¿En alguna ocasión ha tenido algún incidente durante o después de la donación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha sido rechazado en alguna ocasión para donar sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Recibe algún tipo de tratamiento médico en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique .....			
• ¿Ha tomado aspirina o antiinflamatorios en los últimos 5 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha recibido tratamiento con Tigason o Neo-Tigason en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha recibido tratamiento con Roacutan, Proscar, o Propecia en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha tenido en alguna ocasión algún problema de salud relacionado con enfermedades del corazón, pulmón, hígado, riñones, aparato digestivo, piel o sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique .....			
• ¿Ha tenido alguna vez algún tipo de proceso infeccioso como tuberculosis, leishmaniasis, tripanosomiasis, sífilis, brucelosis, fiebre Q, toxoplasmosis o mononucleosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique .....			
• ¿Le han efectuado algún procedimiento de cirugía mayor en los últimos 4 meses o de cirugía menor (incluyendo extracciones dentarias ) en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique .....			
• Indique si le afecta alguna de estas situaciones: injertos (de hueso, de piel, de córnea, de tímpano) tratamiento con hormona del crecimiento antes de 1989, cirugía cerebral o antecedentes familiares de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique .....			
• En los últimos 6 meses, ¿ha viajado a algún país con riesgo de malaria (paludismo), tripanosomiasis (enfermedad de Chagas) o virus del Nilo Occidental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique .....			
• ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique lugar y fecha .....			
• ¿Le han efectuado algún tipo de exploración endoscópica en los últimos 4 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Convive íntimamente con enfermos portadores del virus de la hepatitis B, C o el VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Se ha efectuado algún tatuaje, piercing o tratamiento de acupuntura en los últimos 4 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Si es Vd mujer, ¿ha dado a luz o ha tenido un aborto en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha tenido fiebre en los últimos 15 días o alguna infección leve en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha residido durante más de 1 año, acumulativo, en el Reino Unido durante el periodo comprendido entre 1980 y 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Observaciones: .....			

### **Información sobre la donación de sangre**

La donación de sangre es un procedimiento en general inocuo, mediante el cual se pueden salvar vidas gracias a su generosidad; debe respetarse una serie de normas básicas con el fin de garantizar la salud del donante y la seguridad del receptor de su sangre.

Le rogamos que lea atentamente la información contenida en este documento, que lo responda con total sinceridad, teniendo la más completa seguridad de que todo lo que aquí se responda es confidencial, y que pregunte al personal que le atiende cualquier duda que pueda surgirle.

Si Vd realiza alguna profesión de cierto riesgo, tal como piloto, conductor de autobús, tren o camión, operador de grúas, escafandrista, etc. tenga en cuenta que debe de esperar como mínimo 12 h. entre la donación y la vuelta al trabajo.

En cualquier caso, después de la donación tiene que esperar en la sala de recuperación el tiempo que le indique el personal que le atiende, siguiendo sus instrucciones en todo momento. No debe ingerir alcohol ni fumar tras la donación.

Es especialmente importante que nos informe o que anónimamente desista de donar sangre si se encuentra en alguno de los siguientes grupos de riesgo:

- Si tiene Vd de forma habitual distintas parejas sexuales
- Si Vd ha consumido alguna vez drogas por vía intravenosa
- Si Vd. ha mantenido alguna vez relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas o con personas de las que se desconocen sus hábitos sexuales
- 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, C o el virus del SIDA.

**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 y sobre los efectos secundarios que puedo presentar en relación con la donación de sangre.

-Doy mi consentimiento para que mis datos sean incorporados en los ficheros automatizados del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón y de la Federación de Donantes de Sangre de Aragón, sobre los cuales podré ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición según se recoge en la Ley Orgánica 15/99 de Protección de datos de carácter personal. Estos datos en ningún caso serán prestados a terceros.

### **FIRMAS:**

Donante,

Enfermero / Médico,

**Fecha:** .....

**NÚMERO DE UNIDAD**