

Por favor, rellene el cuestionario de salud y firme el consentimiento informado para la donación de sangre. Su información debe ser veraz y sincera para garantizar la seguridad de la donación.

CUESTIONARIO GENERAL

		SÍ	NO
1.	¿Tiene usted más de 18 años?		
2.	¿Pesa más de 50 Kg.?		
3.	Si es mujer, ¿Está embarazada, ha dado a luz, o ha abortado en los últimos 6 meses?		
4.	¿En los últimos 4 meses ha tenido contacto doméstico (compartiendo objetos de aseo personal), o relación sexual, con personas afectadas por hepatitis o VIH (virus del SIDA)?		
5.	¿Ha tenido alguna vez una analítica con un resultado positivo para el virus de la hepatitis B, hepatitis C o virus del SIDA?		
6.	¿Ha aceptado en alguna ocasión dinero, drogas, u otro tipo de pago a cambio de mantener relaciones sexuales?		
7.	¿Ha mantenido relaciones sexuales (anal, vaginal u oral) con: personas infectadas por VIH (virus del SIDA), o que se hayan inyectado drogas, o que cambien frecuentemente de pareja, o que ejerzan la prostitución?		
8.	¿En los últimos 4 meses ha iniciado una relación nueva, ha mantenido relaciones sexuales con más de una persona o ha tenido una relación esporádica?		
9.	¿Se ha inyectado drogas (heroína, cocaína...), u hormonas para la musculatura, en alguna ocasión durante su vida, incluso una sola vez, aunque haya pasado mucho tiempo?		
10.	¿Debe realizar alguna actividad de riesgo en las próximas 12 horas: deportiva (buceo, escalada...) o laboral (conducir vehículo de transporte público, manejar maquinaria...)?		

CUESTIONARIO DE SALUD

		SÍ	NO
	¿Ha sido excluido como donante alguna vez?		
	¿Toma usted alguna medicación regularmente?		
	¿Se ha realizado algún tratamiento dental en los últimos 7 días?		
	¿Ha tomado alguna medicación (aspirina, antiinflamatorios, antibióticos...) en los últimos 7 días?		
	¿Ha presentado fiebre, malestar general, diarrea, o alguna infección en los últimos 15 días?		
	¿Le han puesto alguna vacuna en los últimos 30 días?		
	¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad contagiosa en los últimos 30 días, y pudiese habérsela transmitido?		
	¿Tienen que practicarle alguna intervención quirúrgica en los próximos 30 días?		
	¿Ha tomado alguna vez pastillas para el acné, la próstata, la psoriasis, o la caída del cabello: Dutasterida, Finasterida, Isotretinoína, Neotigason®, Dercutane®, Mayesta®...		
	¿Ha sido hospitalizado, operado de algo o le han realizado endoscopia con material flexible (colonoscopia, gastroscopia, rectoscopia...) en los últimos 4 meses?		
	¿Le han realizado acupuntura con material no desechable o hecho un tatuaje o "piercing" en los últimos 4 meses?		
	¿Ha tenido contacto con sangre de otra persona a través de mucosas (ojos, boca, anal, genital, heridas), por salpicadura, o por un pinchazo accidental, en los últimos 4 meses?		
	¿Ha tenido o tiene una enfermedad que exija control médico periódico? ¿De qué tipo? Problemas de hígado ☐ Renal ☐ Autoinmune ☐ Cardíaca ☐ Circulatoria ☐ Cáncer ☐ Diabetes con insulina ☐ Epilepsia, convulsiones, síncope ☐ Enf. Psiquiátrica ☐ Alcoholismo ☐ Otros ☐		
	¿Ha padecido alguna infección grave: hepatitis , sífilis, gonorrea, paludismo (malaria), tripanosomiasis (Chagas), leishmaniasis, babesiosis, brucelosis, toxoplasmosis, mononucleosis, virus linfotrópico humano (HTLV I/II), tuberculosis, fiebre reumática...?		
	¿Tiene algún tipo de alergia?		
	¿Tiene problemas hemorrágicos o enfermedad de la sangre (anemia o exceso de glóbulos rojos)?		
	¿Ha recibido hormona de crecimiento de origen humano (antes de 1989)?		
	¿Le han transfundido sangre en alguna ocasión o ha recibido factores de coagulación? ¿Dónde? _____		
	¿Ha recibido tejido procedente de otra persona (duramadre, córnea, otros...)?		
	¿Usted o algún familiar sufre o ha sufrido la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vacas locas)?		

VIAJES Y PROCEDENCIA

	¿Ha viajado o residido fuera de España en los últimos 6 meses?		
	¿Ha viajado o residido fuera de la Unión Europea alguna vez en su vida?		
	¿Ha pasado más de 12 meses (continuados o no) en el Reino Unido entre 1980-1996?		
	¿Ha nacido Ud., su madre, su abuela materna o su pareja fuera de España? ¿Dónde? _____		
	¿Cuándo regresó de su último viaje a su país de origen? _____		

DATOS DEL DONANTE: (Datos a rellenar por el personal del CTCV)

LUGAR DE EXTRACCIÓN (cc)	FECHA	HORA	COD. COLECTA:
Fecha de la última vez que acudió a donar:			Nº de donaciones realizadas

D.N.I.	Tarjeta SIP	GRUPO SANGUÍNEO	NÚMERO DE DONANTE
Mujer ☐ Varón ☐	Castellano ☐ Valenciano ☐		
APELLIDOS		NOMBRE	
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	DOMICILIO	
CÓD. POSTAL	POBLACIÓN	PROVINCIA	Móvil: Tel.: E-mail:
OBSERVACIONES			

DECLARO Y RATIFICO CON MI FIRMA QUE: -No me encuentro en ninguna de las circunstancias que excluyen de la donación de sangre o sus componentes, conozco los motivos que justifican la exploración clínica y el análisis de la donación y he tenido la ocasión de pedir aclaraciones y autoexcluirme de la donación, en cualquier momento. -He recibido información sobre el destino de mi donación, sobre los posibles efectos adversos y los riesgos de donar sin cumplir los mínimos requisitos médicos necesarios para ello. -He leído la información básica sobre protección de datos que me ha facilitado el personal del CTCV y que garantiza la confidencialidad de mis datos según la ley vigente. -Permito que el CTCV contacte conmigo a través de las opciones del teléfono, e-mail o correo postal, para comunicarme la información que considere de interés en relación con la donación de sangre.	Firma Donante: NÚMERO DE DONACIÓN
--	--

ESPACIO A RELLENAR POR EL PERSONAL DEL CTCV, TRAS LA ENTREVISTA DE SALUD:									
CONSTANTES		INCIDENCIAS PRODUCTO:			INCIDENCIAS DONACIÓN:			TIPO DE DONACIÓN:	
T.A.:	FÁRMACO ALTERA PQ	P22		DOBLE PUNCIÓN	P01		CIDS		
Pulso:	ALÉRGIA	P23		BAJO PESO	P08				
Hb:	INCIDENCIAS AFERESIS			EXCESO DE PESO	P09				
Peso:	PQ AGREGADAS	P25		EXTRACCIÓN LENTA	T12				
Estatura:	PLASMA HEMÁTICO	P26		EXTRACCIÓN MUY LENTA	T15		Código Exclusión		
Otros:	PLASMA LIPÉMICO	P15		CIRCUITO ABIERTO	P21		Firma Médico/a y Código		
ANALÍTICAS SÓLO:		ANALÍTICAS ADICIONALES:			REACCIONES ADVERSAS:				
INVESTIGACIÓN ☐	Serología Chagas			MAREO	P19				
ANÁLISIS ☐	Serología Malaria (PAL)			HEMATOMA	P03				
COMPLETO (3 TUBOS)	Serología HTLV			PUNCIÓN DOLOROSA	P34				
CONFIRMATORIO TRANSMISIBLES (2 TUBOS)	Serología hepatitis			PUNCIÓN ARTERIAL	P04		Firma Entrevistador/a y Código		
	DONANTE ESPECIAL:			PARESTESIA	P17				
USO NO TRANSFUSIONAL (P07)	Donante REDMO			OTROS:					
				HOJA de Hemovigilancia:	P32		Firma Enfermero/a y Código		
COMENTARIOS:									
.....									
.....									