

Příjmení: _____ **Jméno:** _____ **Titul:** _____ **Datum narození:** _____

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje. **Správnou odpověď zakroužkujte!**
Seznamte se, prosím, s „**Poučením dárce krve**“.

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Seznámil(a) jste se s poučením o rizikovém chování z hlediska darování krve a rozumíte mu?..... | Ano | Ne |
| 2. Patříte do některé skupiny s rizikovým chováním? (viz „ POUČENÍ “ a „ INFORMACE “ pro dárce)..... | Ano | Ne |

SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV

- | | | |
|--|-----|----|
| 3. Cítíte se zdrav(a)? | Ano | Ne |
| 4. Užíváte pravidelně léky (uvedte <u>všechny</u> včetně např. Acylpyrinu, hormonální antikoncepce)? | Ano | Ne |
| Jaké: | | |
| 5. Užil(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké léky (pravidelně užívané léky již neuvádějte)? | Ano | Ne |
| Jaké: | | |
| 6. Léčíte se nebo jste sledován(a) pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)? | Ano | Ne |
| 7. Potíte se v noci v nadměrné míře, pozorujete zvýšené teploty, zduřelé uzliny? | Ano | Ne |
| 8. Hubnete v poslední době bez zjevné příčiny | Ano | Ne |
| 9. Prodělal(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjemové onemocnění apod.)? | Ano | Ne |
| 10. Podstoupil(a) jste v posledních 7 dnech trhání zubů nebo malý chirurgický výkon? | Ano | Ne |
| 11. Měl(a) jste v posledních 4 týdnech přísáté klíště? | Ano | Ne |

ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU

Prodělal(a) jste v uplynulých 6 měsících:

- | | | |
|---|-----|----|
| 12. Transplantace, operace, ošetřování v nemocnici, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření (artoskopie, gastrokopie, kolonoskopie apod), poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poranění) nebo sliznicí? | Ano | Ne |
| Jaké: Kdy: | | |
| 13. Dostal(a) jste transfuzi krve? | Ano | Ne |
| 14. Bylo Vám provedeno tetování, akupunktura, propíchování uší, piercing, permanentní make-up? | Ano | Ne |
| (datum provedení zákroku, popište lokality umístění, tvar, přibližný rozměr v cm): | | |
| 15. Byl(a) jste očkován(a)? | Ano | Ne |
| Proti čemu: | | |
| 16. Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí? | Ano | Ne |
| V jakém (infekce, záření, chemická rizika atd.): | | |
| 17. Byl(a) jste léčen(a) pro pohlavní chorobu? | Ano | Ne |
| 18. Pobyval (a) jste v nápravném zařízení (vězení)?..... | Ano | Ne |
| 19. Byl(a) jste v uplynulých 12 měsících úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným s infekční žloutenkou, AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog? | Ano | Ne |
| Jakým: | | |
| 20. Pobyval(a) jste v zahraničí?..... | Ano | Ne |
| Kde? (i krátkodobě, turistický pobyt):..... | | |
| 21. Pro ženy: Byla jste v posledním roce těhotná nebo jste těhotná? | Ano | Ne |

ODBĚRY KRVE V MINULOSTI

- | | | |
|---|-----|----|
| 22. Darujete krev nebo její složky poprvé? (pokud ano, otázky 23 a 24 nevyplňujte)..... | Ano | Ne |
| 23. Měl(a) jste po minulém odběru zdravotní komplikaci (např. mdloby, kolaps, větší hematom aj.)? | Ano | Ne |
| 24. Chodíte darovat i do jiného zdravotnického zařízení? | Ano | Ne |
| 25. Byl(a) jste někdy odmítnut(a) jako dárce – dárkyně krve? | Ano | Ne |
| Důvod: | | |

PRODĚLANÉ CHOROBY – ANAMNÉZA (od narození do dnešního dne)

- | | | |
|--|-----|----|
| 26. Infekční žloutenka, HIV infekce (AIDS), infekce virem HTLV I/II, pohlavní nemoc (syfilis, kapavka), tuberkulóza, jiné přenosné nemoci-inf. mononukleóza, klíšť. encefalita, brucelóza, tularémie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, babesióza, leishmaniáza (Kala-Azar), Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, malárie aj. | Ano | Ne |
| 27. Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak | Ano | Ne |
| 28. Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytemie, thalassémie, aj.) | Ano | Ne |
| 29. Nemoci zažívacího traktu (vředová choroba, záněty slinivky, střeva aj.) | Ano | Ne |
| 30. Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza aj.)..... | Ano | Ne |
| 31. Nemoci ledvin (záněty, kameny, kolika aj.)..... | Ano | Ne |
| 32. Nemoci dýchacích orgánů (astma, rozedma plic, chronický zánět průdušek aj.)..... | Ano | Ne |

- | | | |
|--|-----|----|
| 33. Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis aj.)..... | Ano | Ne |
| 34. Nádorová onemocnění | Ano | Ne |
| 35. Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, epilepsie, roztroušená skleróza, glaukom, deprese, psychóza aj.)..... | Ano | Ne |
| 36. Operace a všechny větší úrazy; transplantace; transfuze krve. Kdy, kde-uvěďte stát:..... | Ano | Ne |
| 37. Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek? | Ano | Ne |
| 38. Alergie, poruchy imunity, kožní onemocnění? Jaké:..... | Ano | Ne |
| 39. Bylo u Vás nebo v rodině zjištěno onemocnění Creutzfeldt-Jakobovou chorobou či její varianta (vCJD)? | Ano | Ne |
| 40. Užíval(a) jste někdy následující léky: isotretinoin (např. Aknenormin), etretinát (např. Tegison), aciretin (např. Neotigason), finasteride (např. Adafin, Finard, Penester), dutasterid (např. Avodart, Dustar, Dufalan) aj.? | Ano | Ne |
| 41. Byl(a) jste někdy léčen(a) růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy? | Ano | Ne |
| 42. Byl(a) jste někdy léčen(a) pro alkoholismus nebo lékovou závislost? | Ano | Ne |
| 43. Máte – kdykoli v minulosti provedeno tetování, akupunktura, propichování uší, piercing, permanentní make-up? (uveďte datum provedení zákroku, popište lokality umístění, tvar, přibližný rozměr v cm):..... | Ano | Ne |
| 44. Užíval jste někdy drogy (i nitrožilně), popřípadě injekční léky nepředepsané lékařem, anabolika, steroidy apod.)? | Ano | Ne |
| 45. Narodil(a) jste se nebo žil(a) jste v zahraničí? Kde?..... | Ano | Ne |
| 46. Pobýval(a) jste v období 1980-1996 celkem, déle než 6 měsíců ve Velké Británii nebo ve Francii? | Ano | Ne |
| 47. Máte zaměstnání nebo koníčka se zvýšenou tělesnou zátěží nebo nároky na pozornost? (řidič z povolání, pilot, práce ve výškách, horolezectví, potápění) | Ano | Ne |

RIZIKA VÁZANÁ NA SEXUÁLNÍ AKTIVITY

- | | | |
|---|-----|----|
| 48. Byl(a) jste pozitivně testován(a) na přítomnost viru HIV nebo trpíte AIDS? | Ano | Ne |
| 49. Byl(a) jste kdykoli v minulosti léčen(a) léčivými přípravky indikovanými pro léčbu infekce HIV (antiretrovirová léčba)? | Ano | Ne |
| 50. Užil(a) jste jakýkoli léčivý přípravek v injekční formě k prevenci přenosu infekce HIV? | Ano | Ne |
| 51. Užil(a) jste jakýkoli perorální léčivý přípravek k prevenci přenosu infekce HIV? | Ano | Ne |
| 52. Jste osoba, která měla chráněný nebo nechráněný anální pohlavní styk s novým sexuálním partnerem? Kdy? | Ano | Ne |
| 53. Jste osoba, která měla v posledních 4 měsících více než jednoho sexuálního partnera a měla chráněný nebo nechráněný anální pohlavní styk alespoň s jedním z nich? | Ano | Ne |
| 54. Poskytl(a) jste chráněný nebo nechráněný pohlavní styk za peníze, drogy nebo jinou protihodnotu? Kdy?..... | Ano | Ne |
| 55. Měl(a) jste chráněný nebo nechráněný pohlavní styk s osobou, která byla kdykoli v minulosti pozitivně testována na přítomnost viru HIV? Kdy? | Ano | Ne |
| 56. Měl(a) jste chráněný nebo nechráněný pohlavní styk s osobou, která poskytla chráněný nebo nechráněný pohlavní styk za peníze, drogy nebo jinou protihodnotu? Kdy? | Ano | Ne |
| 57. Měl(a) jste chráněný nebo nechráněný pohlavní styk s osobou, která poskytla chráněný nebo nechráněný pohlavní styk s osobou, která užívá injekčně podávané drogy nebo jiné injekčně podávané léčivé přípravky nepředepsané lékařem? | Ano | Ne |

Stvrzuji, že jsem nezamlčel(a) žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl(a), jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamlčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce transfuze, je zákonem postižitelné).

DATUM:

.....

PODPIS DÁRCE:

.....

Seznámil(a) jsem se s „Poučením dárce krve“ a jeho obsahu rozumím. **Ve smyslu znění „Poučení dárce krve“ se považuji se za vhodného dárce, jehož krev neohrozí zdraví příjemce.** Byl(a) jsem poučen(a) o průběhu odběru a rizicích s ním spojených a s odběrem souhlasím. Byl(a) jsem poučen(a) o tom, že mám právo klást otázky týkající se odběru a právo kdykoliv od odběru ustoupit. Potvrzuji, že na každou položenou otázku jsem dostal(a) uspokojivou odpověď. Byl(a) jsem poučen(a) o možnosti diskrétního samovyhloučení. Souhlasím s tím, aby moje krev byla vyšetřena všemi potřebnými testy, včetně testu na AIDS a s uchováváním vzorků krve pro případné dodatečné vyšetření krví přenosných infekcí a antigenů krevních skupin včetně molekulárně-genetických metod. Souhlasím s tím, aby v případě nevyhovujících výsledků byla použita v rámci zdravotní péče k jiným než transfuzním účelům. Byl(a) jsem poučen(a), že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován(a). Prohlašuji, že nepřicházím darovat krev za účelem vyšetření na AIDS. Beru na vědomí, že nejméně 30 minut po odběru bych měl(a) odpočívat a teprve poté se aktivně účastnit silničního provozu. Souhlasím s tím, že mé osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu budou evidovány při dodržování povinné mlčenlivosti dle platného zákona a při dodržování zásad lékařského tajemství budou využívány v rámci transfuzní služby (např. referenční laboratoře pro infekční choroby, registr vyřazených dárců krve, registr dárců krve se vzácnou krevní skupinou, aj.) Souhlasím s tím, aby léčivé přípravky, vyrobené z mé krve (nebo plazmy), byly použity v souladu s medicínskými, etickými a humanitárními principy k léčbě nemocných v rámci platné legislativy pouze v případě, že budou vyhovovat požadavkům na jejich bezpečnost a jakost. V případě vzniku přebytku vyrobených léčivých přípravků v ČR souhlasím s jejich vývozem za účelem léčby nemocných v jiných zemích. Podpisem stvrzuji, že dávám informovaný souhlas s provedením odběru a s laboratorním vyšetřením.

DATUM:

.....

PODPIS DÁRCE:

.....

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU OSOBOU ODPOVĚDNOU ZA PROPUŠTĚNÍ DÁRCE K ODBĚRU:

VYHOVUJE: NEVYHOVUJE: Nevyhovuje pro:

Datum:

Podpis odpovědné osoby: