

INFORMACJA O CHOROBAH ZAKAŻNYCH DLA KRWIODAWCÓW

O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi:

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażona krętkiem kiły, wirusem HIV (odpowiedzialnym za AIDS), wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) lub C (HCV). Jeśli test wypadnie dodatnio, krew nie zostanie przetoczona. Jednak przy każdej infekcji pomiędzy momentem zakażenia i chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie go drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie w żadnym przypadku, **nie wolno oddawać krwi**, ponieważ może być źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne. Nie oddawaj więc krwi, jeżeli przez ryzykowne kontakty lub zachowania naraziłaś się na niebezpieczeństwo.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Twoją sferę prywatną. Jednak niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia drogą krwi można dalej zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą dokładnie przemyślisz opisane tu sytuacje i skrupulatnie odpowiesz na postawione pytania. Twoje dane będą traktowane poufnie. Przy pozytywnych wynikach badań (wskazujących na infekcję), zostaniesz wezwana pocztą lub telefonicznie.

Jeżeli przypomnisz sobie istotne dane dotyczące Twojego stanu zdrowia lub zdarzeń przed donacją, które mogłyby mieć wpływ na oddaną przez Ciebie krew lub jej składnik, w trosce o bezpieczeństwo pacjenta, poinformuj o tym fakcie lekarza Centrum Krwiodawstwa (osobiście, telefonicznie lub e-mailowo) lub po oddaniu wrzuc otrzymaną od pielęgniarki informację do skrzynki oznaczonej „Uwagi-Spostrzeżenia-Informacje od dawców”.

SYTUACJE STWARZAJĄCE RYZYKO ZAKAŻENIA:			
A: Wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.			
B: Kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki w postaci zastrzyków.			
C: Kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami (więcej niż jednym) albo z partnerem/partnerką, których znasz od niedawna (mniej niż 6 miesięcy).			
D: Kontakty seksualne w celu zarobkowym.			
E: Kontakty seksualne z osobami, u których testy w kierunku HIV (AIDS), kiły lub żółtaczk zakaźnej B lub C wypadły dodatnio.			
F: Kontakty seksualne z osobami narażonymi na ryzyko zgodnie z punktami A-E.			
Zaznacz znakiem „X” właściwą odpowiedź:		TAK	NIE
1.	Czy przeczytała Pani i zrozumiała „Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców”?		
2.	Czy była Pani narażona na ryzyko zakażenia wymienione (patrz: „Informacja”) w punktach od A do F?		
OGÓLNY WYWIAD ZDROWOTNY:		TAK	NIE
3.	Czy czuje się Pani obecnie zdrowa?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodziła Pani jakieś zabiegi stomatologiczne?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorowała Pani lub pozostawała Pani pod opieką lekarza albo miała gorączkę powyżej 38°C ?		
6.	Czy w ciągu ostatnich 2 miesięcy była Pani ukłuta przez kleszcza?		
7.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmowała Pani <u>jakiegokolwiek</u> lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i inne)? Jeśli tak, to kiedy? Nazwa leku		
8.	Czy kiedykolwiek stosowała Pani leki domięśniowe lub dożylnie, które nie zostały przepisane przez lekarza? Jeśli tak, to kiedy? Nazwa leku:		
9.	Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmowała Pani aspirynę lub jakiegokolwiek inny lek, którego składnikiem jest kwas acetylosalicylowy, inne leki przeciwbólowe lub przeciwgorączkowe?		
10.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodziła Pani szczepienia? Rodzaj szczepienia: Data		
11.	Czy zauważyła Pani u siebie następujące objawy? <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała <input type="checkbox"/> gorączkę o niejasnej przyczynie		
12.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorowała Pani ciężko albo przeżyła zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jaki?..... Data:		
13.	Czy <u>kiedykolwiek</u> otrzymała Pani transfuzję krwi lub jej składników (leczenie krwią)? Jeżeli tak, to jakie i kiedy? Gdzie (w Polsce czy za granicą)?		
14.	Czy <u>kiedykolwiek</u> w życiu była Pani biorcą przeszczepu (np. rogowki lub innych tkanek) lub otrzymała hormon wzrostu pochodzenia ludzkiego, immunoglobuliny dożylnie, surowicę lub insulinę bydlęcą? Jeśli tak, to jakie?		
15.	Czy ktokolwiek z Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba (chorobę szalonych krów) lub inne choroby prionowe?		
16.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywała Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii? Miejsce pobytu Data powrotu.....		
17.	Czy chorowała Pani: <input type="checkbox"/> na malarię <input type="checkbox"/> inne choroby tropikalne? Jeśli tak, kiedy i jakie?.....		
18.	Czy mieszkała Pani lub przebywała czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Miejsce pobytu..... Czas trwania		
19.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała Pani kontakt z chorym lub nosicielem żółtaczk lub innej choroby zakaźnej ?		

20.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywała Pani w areszcie lub więzieniu?		
21.	Czy kiedykolwiek przechodziła Pani : <input type="checkbox"/> żółtaczkę zakaźną (wirusowe zapalenie wątroby) <input type="checkbox"/> stwierdzono u Pani żółtaczkę o niejasnej przyczynie? Jeżeli tak, to kiedy?		
22.	Czy Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?		
23.	Czy w ciągu 12 m-cy była Pani narażona na ryzyko zakażenia wścieklizną?		
24.	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywała Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?		
25.	Czy kiedykolwiek zalecono Pani rezygnację z oddawania krwi?		
26.	Czy wykonuje Pani niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby?		
27.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miała Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi ludzką krwią (np. w związku z wykonywaną pracą, na skutek udzielania pomocy, udział w bójce, pobicia)?		
28.	Czy choruje bądź chorowała Pani na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwała niżej wymienione dolegliwości? Jeśli tak, jakie/kiedy?.....		
	<input type="checkbox"/> choroby układu krążenia (nadciśnienie) <input type="checkbox"/> nowotwór <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> borelioza <input type="checkbox"/> zawał serca <input type="checkbox"/> choroby nerwowe <input type="checkbox"/> choroby skóry <input type="checkbox"/> kiła <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca <input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> wypryski/wysypka <input type="checkbox"/> gorączka Q <input type="checkbox"/> duszności <input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> uczulenia <input type="checkbox"/> gruźlica <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia <input type="checkbox"/> katar sienny <input type="checkbox"/> toksoplazmoza <input type="checkbox"/> choroby krwi <input type="checkbox"/> choroby tarczycy <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku <input type="checkbox"/> rzeżączka <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby nerek <input type="checkbox"/> choroby płuc <input type="checkbox"/> brucelloza <input type="checkbox"/> inne poważne choroby <input type="checkbox"/> udar mózgu <input type="checkbox"/> mononukleozą zakaźną <input type="checkbox"/> gorączka Zach. Nilu		
29.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pani zabieg? Jeżeli tak, to kiedy i jaki?		
	<input type="checkbox"/> endoskopia (m. in. gastroskopia, kolonoskopia, artroskopia) <input type="checkbox"/> biopsja <input type="checkbox"/> tatuaż <input type="checkbox"/> przekłucie uszu lub innych części ciała <input type="checkbox"/> akupunktura <input type="checkbox"/> depilacja kosmetyczna <input type="checkbox"/> zabiegi kosmetyczne połączone z naruszeniem powłok skóry (np. makijaż permanentny) <input type="checkbox"/> inne badania diagnostyczne <input type="checkbox"/> stosowanie wspólnych przyborów toaletowych z inną osobą (szczoteczka do zębów, maszynka do golenia, narzędzia do manicure)		
30.	Czy w okresie od 1 stycznia 1980r. do 31 grudnia 1996r. przebywała Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii (Anglia, Walia, Szkocja, Irlandia Północna, Wyspa Man, Wyspy Normandzkie, Gibraltar, Falklandy), Francji, Irlandii?		
31.	Czy była Pani operowana i/lub otrzymała Pani transfuzję krwi lub jej składników lub była leczona produktami krwiopochodnymi na terenie ww. państw po 1 stycznia 1980r.?		
32.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywała Pani poza terenem Polski? Jeżeli tak, to gdzie i kiedy?		
33.	Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży (dotyczy również poronienia): <input type="checkbox"/> W ciągu ostatnich 12 miesięcy; <input type="checkbox"/> od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli tak, to proszę podać datę porodu lub poronienia		
34.	Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, proszę podać datę zakończenia ostatniej miesiączki:		
35.	Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?		