

INFORMACJA O CHOROBAH ZAKAŻNYCH DLA KRWIODAWCÓW

O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi:

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażony 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 naraziłeś 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 dodatnich wynikach badań (wskazujących na infekcję), zostaniesz o tym poinformowany przez lekarza. Ponadto informacje o dodatnich wynikach badań zostaną przekazane Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. 2014 poz. 459 z późniejszymi zmianami).

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 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 wirusów zapalenia wątroby typu B lub C (żółtaczki 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 przeczytał Pan i zrozumiał „Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców”?			
2. Czy był Pan narażony na ryzyko zakażenia wymienione (patrz: „Informacja”) w punktach od A do F?			
OGÓLNY WYWIAD ZDROWOTNY:		TAK	NIE
3.	Czy czuje się Pan obecnie zdrowy?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził Pan jakieś zabiegi stomatologiczne?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował Pan lub pozostawał Pan pod opieką lekarza albo miał gorączkę powyżej 38 C ?		
6.	Czy w ciągu ostatnich 2 miesięcy był Pan ukłuty przez kleszcza?		
7.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował Pan <u>jakiegokolwiek</u> lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki, maści i inne)? Jeśli tak, to kiedy? Nazwa leku		
8.	Czy kiedykolwiek stosował Pan leki domięśniowe lub dożylnie, które nie zostały przepisane przez lekarza? Jeśli tak, to kiedy? Nazwa leku:		
9.	Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował Pan aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest kwas acetylosalicylowy, inne leki przeciwbólowe lub przeciwgorączkowe?		
10.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził Pan szczepienia? Rodzaj szczepienia: Data		
11.	Czy zauważył Pan 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 chorował Pan ciężko albo przeżył zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to jaki?..... Data:		
13.	Czy <u>kiedykolwiek</u> otrzymał Pan 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 był Pan biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek) lub otrzymał hormon wzrostu pochodzenia ludzkiego, immunoglobuliny dożylnie, surowicę lub insulinę bydlęcą? Jeżeli tak, to jakie?		
15.	Czy ktokolwiek z Pana rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba (chorobę szalonych krów) lub inne choroby prionowe?		

16.	Czy chorował Pan: <input type="checkbox"/> na malarię <input type="checkbox"/> inne choroby tropikalne? Jeśli tak, kiedy i jakie?.....		
17.	Czy mieszkał Pan lub przebywał czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Miejsce pobytu..... Czas trwania Data powrotu		
189.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał Pan kontakt z zakaźnie chorym?		
19.	Czy miał Pan bliski kontakt w warunkach domowych z chorym na wirusowe zapalenie wątroby lub nosicielem wirusów zapalenia wątroby?		
20.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał Pan w areszcie lub więzieniu?		
21.	Czy kiedykolwiek przechodził Pan żółtaczkę?		
22.	Czy Pana partner życiowy lub seksualny przechodził żółtaczkę?		
23.	Czy w ciągu 12 m-cy był Pan narażony na ryzyko zakażenia wścieklizną?		
24.	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał Pan na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?		
25.	Czy kiedykolwiek zalecono Panu rezygnację z oddawania krwi?		
26.	Czy wykonuje Pan niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby?		
27.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał Pan przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką (np. w związku z wykonywaną pracą, na skutek udzielania pomocy, udział w bójce, pobicia)?		
28.	Czy przebył Pan kiedykolwiek reakcją anafilaktyczną?		
29.	Czy choruje bądź chorował Pan na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał 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 Zachodniego Nilu <input type="checkbox"/> inne choroby zakaźne <input type="checkbox"/> zakażenie wirusem Zika			
30.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana zabieg? Jeżeli tak, to kiedy i jaki?		
<input type="checkbox"/> endoskopia (m. in. gastroscopia, 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			
30.	Czy w okresie od 1 stycznia 1980r. do 31 grudnia 1996r. przebywał Pan łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej na terytorium Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Republiki Francuskiej lub Irlandii?		
31.	Czy był Pan operowany i/lub otrzymał Pan transfuzję krwi lub jej składników lub był leczony produktami krwiopochodnymi na terenie na terytorium Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Republiki Francuskiej lub Irlandii?		
32.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał Pan poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej? Jeżeli tak, to gdzie i kiedy?		