H.R.R.G.

FORMULARIO Nº 000

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES - SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA - HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio de Hemoterapia e Inmunohematología

Donante Nº _____

ESTIMADO DONANTE DE SANGRE:

Ante todo, le agradecemos su solidaria concurrencia y colaboración. Nuestra principal preocupación es proteger al receptor de su sangre, como también a Ud. mismo. Por lo tanto, a veces nos vemos impedidos a aceptar una donación. Para saber si Ud. está en condiciones de donar, le rogamos contestar responsablemente el siguiente cuestionario confidencial. Por favor, tenga en cuenta que el objetivo de este cuestionario, al que Ud. se somete voluntariamente, no es discriminatorio, sino que pretende preservar la salud del paciente que recibe su sangre.

Tratamos de hacerle comprender que, si Ud. estuvo expuesto a situaciones de riesgo que internacionalmente son consideradas como posibles causas de contraer enfermedades transmisibles por sangre, no debería donar.

Si Ud. no nos puede decir la verdad durante la entrevista, por favor avísenos mientras dona, marcando la ficha confidencial que se le entregará, para que no utilicemos su sangre.

PUEDE UD, RETIRARSE SIN ENTREGAR ESTE FORMULARIO SI NO ESTA DE ACUERDO CON ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS:

1- Leyó detenidamente la información en la cartelera y/o la hoja , que se le entregó en la sala de espera? .....
2- ¿Alguna vez donó sangre¿ Dónde?.....¿Cuando?.....
3- ¿ Alguna vez fue rechazado como donante?.....
4- ¿ Ha donado sangre, plaquetas o plasma en los dos últimos meses?.....
5- ¿Alguna vez ha tenido angina de pecho (dolor), infarto, enfermedades del corazón o pulmón?.....
6- ¿Ha tenido enfermedades de la sangre, hemorragias o cáncer?.....
7- ¿Ha tenido ictericia (piel amarilla) hepatitis o análisis positivos de hepatitis?.....
8- ¿Ha tenido enfermedad de Chagas o análisis positivo para la misma?.....
9- ¿Ha recibido hormonas de crecimiento de origen humano o tuvo Ud., o algún pariente la enfermedad de Creutzfel-Jakob?.....
10- ¿Tuvo Ud., paludismo en los últimos tres años, recibió medicamentos antipalúdicos o estuvo el último año en países donde existe esa enfermedad?.....
11- ¿En los últimos 12 meses estuvo bajo tratamiento médico o fue operado de alguna afección seria?.....
12- ¿Ha tenido Epilepsia , Convulsiones , Desmayos.....
13- ¿En los últimos 12 meses recibió vacunación antirrábica?.....
14- Si es mujer ¿Estuvo embarazada en los últimos 6 meses (parto o aborto) o lo está ahora?.....
15- ¿En las últimas 4 semanas estuvo tomando alguna medicación?.....
16- ¿En las últimas 4 semanas recibió vacunas o inmunizaciones? ¿Cuáles?.....
17- ¿En los últimos 3 días tomo aspirinas o alguna medicación que la contenga u otros calmantes?.....
18- ¿En las últimas 72 hs le han realizado algún tratamiento dental?.....
19- ¿Ha recibido transfusiones de sangre, plasma, factores de coagulación o transplante de órganos?.....
20- ¿En los últimos 12 meses se hizo tatuajes, acupuntura, colocación de aros o pinchadura accidental con aguja de inyección?.....
21- ¿En los últimos 12 meses estuvo en contacto íntimo con personas que tuvieron ictericia o hepatitis o recibido Gamma Globulina específica contra hepatitis?.....
22- ¿Tuvo o fue tratado por sífilis o gonorrea en los últimos 12 meses?.....
23- ¿En los últimos 12 meses tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o droga?.....
24- ¿En los últimos 12 meses usó drogas inyectables u otras ó tuvo relaciones sexuales con alguien que usaba drogas?.....
25- Si es hombre, ¿tuvo relaciones sexuales con otro hombre aunque sea una sola vez?.....
26- En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales ocasionales sin protección?.....
27- Si es mujer, ¿Tuvo relaciones sexuales con un hombre que a su vez tuvo relaciones sexuales con otro hombre?.....
28- ¿Tiene Ud., SIDA o un análisis positivo de SIDA?.....
29- Tuvo relaciones sexuales con alguien que tenia SIDA o análisis positivo de SIDA?.....
30- ¿Dona Ud., sangre solamente para se le haga el análisis de SIDA?.....
31- ¿Tuvo pérdida de peso inexplicable, manchas rosadas en la piel, fiebre por más de 10 días, sudores nocturnos, diarreas, manchas blancas en la boca, ganglios grandes?.....
32- ¿Sabe Ud., que si se infectó en los últimos 12 meses por ejemplo con el virus del SIDA, puede no detectarse aún en los análisis de laboratorio (período de ventana) pero su sangre ya transmite la infección?.....
33- ¿Actualmente, se siente Ud., bien o goza de buena salud?.....
34- ¿Recibió Ud., dinero o alguna otra compensación para donar sangre?.....
35- ¿Leyó y comprendió Ud., este cuestionario y fueron contestadas todas sus dudas al respecto?.....

NOS AUTORIZA A LLAMARLO EN CASO DE URGENCIA (Redondee Su Respuesta) SI ◯ NO ◯

DECLARACION Y CONSENTIMIENTO DEL DONANTE

Dono voluntariamente mi sangre para que sea transfundida a otras personas que la necesitan, autorizo para que se le realicen los estudios de Sífilis, Brucelosis , Chagas , Hepatitis B, Hepatitis C, HTLV I y II , y en especial HIV (SIDA) y los convenientes, con la finalidad de no dañar al receptor de la misma.

He comprendido el cuestionario y contestado con la verdad de acuerdo con mis conocimientos.

Soy consciente que al no contestar adecuadamente algunas de las preguntas que se me formularon podría poner en peligro al receptor de mi sangre.

Tuve oportunidad de interiorizarme sobre el procedimiento de la extracción de sangre, como así también de rechazar la misma, además de saber que los materiales utilizados son estériles y totalmente descartables.

No he recibido dinero ni otro tipo de compensación para donar sangre (mi donación es gratuita y voluntaria). Me considero una persona sana sin riesgo de trasmitir SIDA ni otra enfermedad contagiosa por sangre. He sido informado ampliamente sobre los procedimientos y riesgos que implica la donación como ser: lipotimias, desmayos, tetania, mareos, hipotensión, inmediatos o tardíos, por los que no debo realizar tareas o actividades peligrosas en el día de la extracción.

Se me notificará cualquier resultado serológico reactivo o dudoso, por lo cual deberé presentarme a la brevedad, ya que los métodos utilizados son de tamizaje o descare(son mas sensibles que específicos) y pueden dar resultados falso reactivo . Estos métodos no tienen valor diagnóstico, por lo que deben ser siempre confirmados.

..... Firma del Donante de Sangre

..... Aclaración

..... Fecha

FICHA CLINICA DEL DONANTE

ASPECTO GENERAL SANO	SI ◯	NO ◯	PESO > O = 50 KG.....
BRAZOS SIN LESIONES DE AGUJAS	SI ◯	NO ◯	TENSION ARTERIAL.....
ASPIRINA ÚLTIMOS 3 DÍAS	SI ◯	NO ◯	TEMPERATURA = O < 37° C.....
AYUNO	SI ◯	NO ◯	PULSO 60 A 100.....

HTO..... GB.....

OTROS DATOS CLIUNICOS.....

GRUPO SANGUINEO.....

FACTOR Rh.....

..... Firma y Sello del que Entrevista

FLEBOTOMIA

PUNCIÓN VENOSA NORMAL..... SI / NO (Motivo).....

REALIZADA POR.....

REACCION POST EXTRACCIÓN: NORMAL / LIPOTIMIAS / OTRAS.....

OBSERVACIONES.....

NRN NRUH NRUNH REP N REPUH REPUNH

..... Firma y Sello Flebotomista