|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příjmení: | Titul: | **Číslo odběru**(nevyplňujte) |
| Jméno: | ID – číslo pojištěnce: |
| Výška: cm | Váha: kg |

**Prosíme, odpovězte pravdivě!!! Zatajením údajů můžete vážně ohrozit zdraví své nebo příjemce krve!!!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Vzor vyplnění (zatržení):*** |  | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Seznámil(a) jsem se s „Poučením dárce krve“ a jeho obsahu rozumím.** | ANO | NE |
| **2. Považuji se za vhodného dárce bez rizikového chování, jehož krev neohrozí zdraví příjemce.** | ANO | NE |
| 3. Cítíte se zdráv(a)? | ANO | NE |
| 4. Měl(a) jste v posledním měsíci potíže (nachlazení, opar, průjem, zvracení)? | ANO | NE |
| 5. Měl(a) jste někdy při odběru krve potíže (větší modřinu, slabost, mdloby, mravenčení)? | ANO | NE |
| 6. Jste nyní v pracovní neschopnosti? | ANO | NE |
| 7. Užil(a) jste v posledním měsíci nějaké léky? Jaké?: | ANO | NE |
| 8. Byl(a) jste vyšetřen(a), ošetřen(a) v posledních 6 měsících pro zdravotní potíže? | ANO | NE |
| 9. Prodělal(a) jste neočekávanou ztrátu tělesné hmotnosti, neobjasněné teploty, pocení,  zduření mízních uzlin (na krku, v podpaží, v tříslech)? | ANO | NE |
| 10. Byl(a) jste v posledním měsíci očkován(a)? Proti čemu?: | ANO | NE |
| 11. Měl(a) jste v posledním měsíci přisáté klíště? | ANO | NE |
| 12. Byl(a) jste v posledním roce pokousán(a) zvířetem? | ANO | NE |
| 13. Prodělal(a) jste v posledním týdnu ošetření zubů? Jaké?: | ANO | NE |
| 14. Podrobil(a) jste se během posledních 6 měsíců, event. dříve: |
|   | - transplantaci (orgány, kostní dřeň, tvrdá plena mozková, rohovka …)? | ANO | NE |
|   | -operaci či jinému lékařskému zákroku (nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření? (artroskopie, kolonoskopie, gastroskopie, bronchoskopie apod.) | ANO | NE |
|   | - poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poraněním nebo sliznicí)? | ANO | NE |
|   | - piercingu, tetování, akupunktuře? | ANO | NE |
| 15. Dostal(a) jste někdy transfuzi krve? Kdy?: Kde?:  | ANO | NE |
| 16. Byly u Vás někdy zjištěny protilátky proti červeným krvinkám? | ANO | NE |
| 17. Prodělal(a) jste někdy: žloutenku, HIV infekci (AIDS), infekci virem HTLV I/II, tuberkulózu, revmatickou horečku, mononukleózu, klíšťovou encefalitidu, boreliózu, toxoplasmózu, listeriózu, tularémii, malárii, babesiózu, brucelózu, leishmaniázu (Kala-Azar), Chagasovu nemoc, Q horečku, tyfus, paratyfus aj.? | ANO | NE |
| 18. Byla u Vás nebo v rodině zjištěna Creutzfeldt-Jakobova choroba nebo její varianta (vCJD)? | ANO | NE |
| 19. Měl(a) jste někdy nebo máte: | - onemocnění srdce, cév, vysoký či nízký krevní tlak? | ANO | NE |
|   | - onemocnění průdušek či plic? | ANO | NE |
|  | - záněty žil, trombózu či jiné onemocnění cév? | ANO | NE |
| 20. Prodělal(a) jste někdy  onemocnění: | - - ledvin, močového či pohlavního ústrojí? | ANO | NE |
| - - zažívacího ústrojí (žaludeční vředy, záněty střev, slinivky, jater)? | ANO | NE |
|   | - - žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, onemocnění štítné žlázy, nadledvinek...)? | ANO | NE |
| 21. Měl(a) jste někdy onemocnění kostí a kloubů (záněty, úrazy, operace)? | ANO | NE |
| 22. Léčil(a) jste se někdy pro pohlavní chorobu (kapavka, syfilis ...)? | ANO | NE |
| 23. Léčil(a) jste se někdy pro kožní onemocnění? Jaké?: | ANO | NE |
| 24. Měl(a) jste někdy onemocnění nervového systému (epilepsie, křeče, bezvědomí, roztrouš. skleróza..)? | ANO | NE |
| 25. Byl(a) jste někdy léčena pro vážné onemocnění oka (glaukom...) nebo ucha (plastika bubínku ...)? | ANO | NE |
| 26. Byl(a) jste někdy vyšetřen(a) či léčen(a) pro duševní poruchu? | ANO | NE |
| 27. Byl(a) jste někdy závislý(á) na alkoholu? Bral(a) jste drogy či injekční léky bez vědomí lékaře (např. anabolika, steroidy či jiné)? Jaké?: | ANO | NE |
| 28. Měl(a) jste nádorové onemocnění? Jaké?: | ANO | NE |
| 29. Byl(a) jste někdy sledován(a) pro krevní onemocnění (anémie, porucha srážlivosti, polycytemie, talasemie …)? | ANO | NE |
| 30. Byl(a) jste léčen(a) růstovým hormonem nebo extraktem slinných žláz či hypofýzy? | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 31. Byl(a) jste někdy sledován(a) pro alergické onemocnění (např. alergická rýma, průduškové astma, alergie na léky)? | ANO | NE |
| 32. Byl(a) jste někdy sledován(a) pro poruchu imunity? | ANO | NE |
|  33. Užíval(a) jste někdy léky proti srážlivosti krve? Jaké?: | ANO | NE |
|  34. Užíval(a) jste někdy léky: etretinát (např. Tigason), acitrein (např. Neotigason), isotretinoin  (např. Roaccutan, Accutane, Aknenormin), finasterid (např. Adafin, Finard, Penester), dutasterid  (např. Avodart, Dostar, Dutalan)? | ANO | NE |

 **Otázky 35 - 37 jsou pouze pro ženy!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 35. Byla jste v posledním roce či nyní jste těhotná? | ANO | NE |
| 36. Pokud ano, kdy jste ukončila kojení?: |
| 37. Kolikrát jste byla těhotná a kolik jste měla porodů? Počet těhotenství: Počet porodů: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 38. Narodil(a) jste se v zahraničí nebo žil(a) jste v posledních 10 letech v zahraničí? Kde?: | ANO | NE |
| 39. Navštívil(a) jste v posledních 6 měsících tropickou či „exotickou“ zemi? Kterou: | ANO | NE |
| 40. Byl(a) jste v zahraničí v posledních 6 měsících? Kde?: | ANO | NE |
| 41. Byl(a) jste v úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným infekční žloutenkou,  HIV infekcí (AIDS), jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog? Jakým?: Kdy?: | ANO | NE |
| 42. Byl(a) jste v letech 1980 - 1996 ve Velké Británii nebo Francii déle než 12 měsíců? | ANO | NE |
| 43 Máte zaměstnání či koníčka se zvýšenou fyzickou zátěží nebo nároky na pozornost  (řidič z povolání, práce ve výškách, pilot, hasič, voják, policista, horolezectví, potápění atd.)? | ANO | NE |
| 1. Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí?

V jakém (infekce, záření, chemická rizika atd.)?: | ANO | NE |
| 45. Pobýval(a) jste v nápravném zařízení (vězení)? | ANO | NE |
| **46. Byl(a) jste někdy upozorněn(a), že nemáte být dárcem krve?** | ANO | NE |
| **47. Darujete nebo daroval(a) jste krev či její části v jiném zdravotnickém zařízení?** | ANO | NE |
|  **Kdy?: Kde?:** |

**Prohlášení dárce**

|  |
| --- |
| **Prohlašuji, že jsem nezamlčel(a) žádné závažné skutečnosti a všechny uvedené informace jsou pravdivé. Jsem si vědom(a), že zamlčením nebo nepravdivou odpovědí na výše uvedené otázky bych mohl(a) ohrozit příjemce mé krve, což je zákonem postižitelné. Prohlašuji, že nepatřím do žádné skupiny s rizikovým chováním uvedené v  Poučení dárce krve.** **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 samovyloučení.**Byl(a) jsem poučen(a),**že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován(a).**Souhlasím**s vyšetřením mé krve všemi potřebnými testy, včetně testu na AIDS a s uchováním vzorků krve pro případné dodatečné vyšetření krví přenosných infekcí a krevních skupin, vč. molekulárně genetických metod nebo pro výukové a výzkumné účely.**Souhlasím** s tím, aby v případě nevyhovujících výsledků byla odebraná krev použita v rámci zdravotní péče k jiným než transfuzním účelům. **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 údaje o mém zdravotním stavu budou evidovány při dodržení zásad mlčenlivosti dle platného zákona a dodržení povinností stanovených platnými zákony o ochraně osobních dat a využívány v rámci transfuzní služby (např. referenční laboratoře pro infekční choroby, registr vyřazených dárců krve, registr dárců krve se vzácnou krevní skupinou aj.) a v rámci výuky studentů ve zdravotnictví.**Souhlasím**s poskytnutím osobních údajů týkajících se dárcovství Českému červenému kříži.**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 a v rámci platné legislativy.V případě vzniku jakéhokoliv přebytku vyrobených léčivých přípravků v ČR souhlasím s jejich vývozem za účelem léčby nemocných v jiných zemích. |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Podpis dárce: |

##### VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU OSOBOU ODPOVĚDNOU ZA PROPUŠTĚNÍ DÁRCE K ODBĚRU

|  |
| --- |
| Vyhovuje Nevyhovuje Nevyhovuje pro:…………………….....………………………………………….Datum………………………………. Jmenovka  + podpis odpovědné osoby ………....................………………………………… |

**Zaměstnanci Transfuzního oddělení FNOL děkují všem dárcům za spolupráci.**