

Lea detenidamente la información que hemos puesto a su disposición ("Hoja informativa" y folletos complementarios), y por favor, **responda verazmente el cuestionario del reverso**.

La sangre es fundamental para la vida, pero puede ser el vehículo de transmisión de agentes patógenos (bacterias, virus...) responsables de enfermedades como el SIDA, Hepatitis, Sífilis, Chagas, etc. Para evitar la transmisión de estas enfermedades, el Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria realiza análisis muy sensibles, pero estas pruebas tienen sus limitaciones.

Por ello, **es fundamental que nos informe sobre hábitos de vida** (domésticos, sexuales, consumo...), antecedentes médicos, tratamientos médicos recibidos, país de origen, viajes y estancias, alergias, etc.

## NO DEBE DONAR SI:

- Es portador del virus del **SIDA, virus hepatitis C, hepatitis B** o cree que podría serlo
- Ha consumido **drogas inyectadas**, aunque haya sido una única vez, incluido esteroides u hormonas para el aumento de la musculación.
- Ha mantenido **relaciones sexuales en alguna ocasión a cambio dinero** u otro pago
- Ha mantenido **en los últimos 4 meses** relaciones sexuales con: diferentes parejas, alguna persona portadora del virus del SIDA, VHB o VHC, alguna persona que cambia frecuentemente de pareja, alguna persona que haya consumido drogas intravenosas, alguna persona que ejerza o haya ejercido la prostitución.

La correcta selección de los donantes es responsabilidad del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria, que ha de establecer los criterios y facilitar la información necesaria a todas las personas que deseen donar sangre, pero también es responsabilidad del donante.

Su colaboración es imprescindible para conseguir la máxima seguridad el proceso de la transfusión.

## CONSENTIMIENTO

El donante arriba indicado, conforme a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 autoriza a que sus datos sean tratados como responsable por la Fundación Marqués de Valdecilla (Avda. Valdecilla s/n. 39008 Santander. Cantabria). Su finalidad es el control sanitario y el cumplimiento de las normativas sobre hemodonación-hemoterapia. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. No se llevarán a cabo transferencias internacionales de datos ni análisis de perfiles. La legitimación para el uso de sus datos está basada en su consentimiento.

Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad o limitación del tratamiento, dirigiéndose Fundación Marqués de Valdecilla (Avda. Valdecilla s/n. 39008 Santander. Cantabria). Igualmente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos si considera que sus derechos han sido vulnerados.

Para más información puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: [www.fmvaldecilla.es](http://www.fmvaldecilla.es)

Marque si autoriza a:

- Envío de los resultados de los análisis, recordatorios y convocatorias
- Cesión de sus datos para hacerse socio de la Hermandad de Donantes de Sangre

El donante ha leído y entendido el material informativo sobre riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas y otras situaciones que impiden la donación, no estando afectado por motivos de exclusión. El donante ha contestado verazmente a las preguntas realizadas, ha tenido la posibilidad de hacer preguntas y ha recibido respuestas satisfactorias, dando su consentimiento a la donación de:

- Sangre total
- Aféresis

Nº Donación:

Firma:

# CUESTIONARIO PREVIO A LA DONACIÓN DE SANGRE O AFÉRESIS

Marque una  en cada pregunta

ESTE CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL

**DONANTE NUEVO**

**DONANTE HABITUAL**

SÍ | NO

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha leído y comprendido la <b>HOJA INFORMATIVA</b> dirigida a los donantes? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Se encuentra bien hoy? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha <b>DONADO</b> en algún lugar <b>FUERA</b> de Cantabria? (Dónde y cuándo) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha sido rechazado en alguna ocasión como donante de sangre? .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**VIAJES Y ESTANCIAS**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Ha <b>RESIDIDO</b> más de un año en el <b>REINO UNIDO</b> entre los años 1980 y 1996? .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha <b>VIVIDO</b> (Estancia superior a 1 mes) <b>fuera de España en algún momento</b> de su vida? .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha <b>VIAJADO</b> fuera de España en los <b>ÚLTIMOS 3 AÑOS</b> ? ¿Y en el <b>ÚLTIMO MES</b> ? (Dónde y cuándo): ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**ANTECEDENTES MÉDICOS, ESTADO DE SALUD**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. ¿Padece o ha padecido <b>ENFERMEDAD</b> de corazón, sistema nervioso central u otros órganos? ¿ <b>TUMORES MALIGNOS</b> ? ¿ <b>DIABETES</b> en tratamiento con insulina? .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Padece o ha padecido <b>EPILEPSIA</b> o convulsiones? ¿Tendencia al <b>SANGRADO</b> ? ¿ <b>ALERGIA GRAVE</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Padece o ha padecido <b>ICTERICIA</b> , enfermedad por <b>HTLV I-II, HEPATITIS B, HEPATITIS C, SIDA</b> o es portador de <b>HTLV I-II, VIH, HEPATITIS B o C</b> ? ¿Sospecha que podría serlo? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Padece o ha padecido algún tipo de <b>ENFERMEDAD INFECCIOSA</b> , enfermedad <b>TROPICAL</b> y/o enfermedad de <b>TRANSMISIÓN SEXUAL</b> ? (En caso afirmativo, especifique cuál y cuándo): .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Le han practicado alguna <b>OPERACIÓN o TRANSFUSIÓN</b> de sangre o derivados? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Le han tratado con <b>COLIRIO DE SUERO AUTÓLOGO</b> o con <b>PLASMA RICO EN PLAQUETAS</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Ha recibido <b>HORMONA DE CRECIMIENTO O UN TRASPLANTE O INJERTO</b> de tejido proveniente de otra persona o animal (piel, córnea, tímpano, duramadre, etc.)? .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Tiene historia familiar de <b>ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB</b> o cualquier otra encefalopatía espongiiforme transmisible? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Está pendiente de <b>ALGÚN ESTUDIO MÉDICO</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. <b>En las últimas 2 semanas</b> , ¿Ha tenido <b>FIEBRE, GRIPE O CATARRO</b> ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. <b>En las últimas 2 semanas</b> , ¿Ha ido al <b>DENTISTA</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. <b>En los últimos 4 meses</b> , ¿Le han realizado <b>ENDOSCOPIA, ELECTROMIOGRAMA</b> o estudio neurofisiológico, <b>CATETERISMO</b> o alguna <b>OTRA PRUEBA DIAGNÓSTICA</b> ? .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. En los últimos 4 meses ¿Se ha hecho <b>TATUAJES, PIERCINGS, ACUPUNTURA, MESOTERAPIA</b> o algún otro tratamiento estético con agujas? ¿Ha sufrido <b>PINCHAZO ACCIDENTAL</b> ? .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**MEDICACIÓN Y DROGAS**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 21. ¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún <b>MEDICAMENTO</b> incluido analgésicos, antiinflamatorios o antihipertensivos? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Ha tenido <b>REACCIÓN ALÉRGICA</b> a algún medicamento? ¿Y al <b>YODO</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Ha tomado <b>Dutasterida</b> (Avidart, Duagen), <b>Finasterida</b> (Eucoprost, Proscar, Propecia), <b>Isotretinoína</b> (Roacután), <b>Etretinato</b> (Tigasón), <b>Acitretina</b> (Neotigasón) o <b>Tamoxifeno</b> ? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Ha consumido en alguna ocasión <b>DROGAS</b> inyectables o inhaladas sin prescripción médica, incluido hormonas o esteroides anabolizantes? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. En las últimas 4 semanas, ¿Le han puesto alguna <b>VACUNA, INMUNOGLOBULINA o ANTISUEROS</b> ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CONVIVENCIA Y RELACIONES SEXUALES**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 26. ¿Su <b>PAREJA SEXUAL HABITUAL</b> es <b>PORTADORA</b> de <b>VIRUS HEPATITIS B, C, VIH, HTLV I-II</b> o sospecha que podría serlo? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Ha aceptado alguna vez dinero, drogas u otro tipo de <b>PAGO A CAMBIO DE MANTENER RELACIONES SEXUALES</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. En las últimas 2 semanas, ¿Ha convivido con personas que hayan presentado <b>FIEBRE o MALESTAR GENERAL</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. En los últimos 4 meses, ¿Ha tenido <b>CONVIVENCIA</b> (p.e comparte cuchillas) o <b>CONTACTO SEXUAL</b> con enfermo o portador crónico de <b>HEPATITIS B</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. En el último año, ¿Ha tenido <b>CONVIVENCIA</b> (p.e comparte cuchillas) o <b>CONTACTO SEXUAL</b> con enfermo o portador crónico de <b>HEPATITIS C o VIH/SIDA</b> ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. En el último año, ¿Ha mantenido <b>RELACIÓN SEXUAL CON PERSONA QUE EJERCE LA PROSTITUCIÓN o CON PERSONA QUE CONSUMA DROGAS</b> o provenga de país donde el <b>SIDA</b> está muy extendido (África, Asia, Caribe) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. En el último año, ¿Ha tenido <b>RELACIÓN SEXUAL</b> con <b>PAREJA DISTINTA</b> de la habitual sin utilizar <b>SIEMPRE</b> de forma correcta el <b>PRESERVATIVO</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**POR FAVOR, INDIQUE:**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 33. ¿En qué <b>PAÍS</b> nació usted? .....                        | <input type="checkbox"/> |
| 34. Si es mujer: ¿nº de <b>embarazos</b> incluidos abortos? ..... | <input type="checkbox"/> |
| ..... Fecha fin del último: .....                                 | <input type="checkbox"/> |

**¿TIENE ALGUNA DUDA SOBRE TODO LO ANTERIOR O QUIERE REALIZAR ALGUNA PREGUNTA?**