

# CUESTIONARIO DONANTE PRIMERA DONACIÓN

Marque una  en cada pregunta

SÍ NO

1.- ¿Ha leído y comprendido la <b>HOJA INFORMATIVA SOBRE PRÁCTICAS DE RIESGO</b> dirigida a los donantes?		
2.- ¿Se encuentra bien hoy?		
3.- ¿Ha <b>DONADO</b> en algún lugar <b>FUERA</b> de Cantabria?		
4.- ¿En qué <b>PAÍS</b> nació usted? ¿y sus padres?		
5.- ¿Ha viajado <b>FUERA DE EUROPA</b> en los <b>ÚLTIMOS 3 AÑOS</b> ?		
6.- ¿Ha residido más de un año en el <b>REINO UNIDO</b> entre los años <b>1980 y 1996</b> o ha recibido allí <b>TRANSFUSIÓN</b> de sangre o derivados?		
7.- ¿Tiene historia familiar de <b>ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB</b> ?		
8.- ¿ <b>PADECE</b> o <b>HA PADECIDO ENFERMEDAD</b> de corazón, sistema nervioso central u otros órganos? ¿ <b>TUMORES MALIGNOS</b> ? ¿ <b>DIABETES</b> en tratamiento con insulina?		
9.- ¿ <b>TIENE</b> Antecedentes de <b>EPILEPSIA</b> o convulsiones? ¿tendencia al <b>SANGRADO</b> ?		
10.- ¿ <b>PADECE</b> o <b>HA PADECIDO ICTERICIA, HEPATITIS B, C</b> o <b>SIDA</b> o es portador crónico asintomático de <b>VIH, HEPATITIS B</b> o <b>C</b> ?		
11.- ¿ <b>PADECE</b> o <b>HA PADECIDO</b> algún tipo de <b>ENFERMEDAD INFECCIOSA</b> , enfermedad <b>TROPICAL</b> y/o enfermedad <b>DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b> ? En caso afirmativo, especifique cuál y cuándo: _____		
12.- ¿Está pendiente de <b>ALGÚN ESTUDIO MÉDICO</b> ?		
<b>EN ALGUNA OCASIÓN:</b>		
13.- ¿Le han practicado alguna <b>OPERACIÓN O TRANSFUSIÓN</b> ?		
14.- ¿Ha recibido tratamiento con <b>HORMONA DE CRECIMIENTO</b> de origen humano?		
15.- ¿Ha recibido <b>TRANSPLANTE DE DURAMADRE, Córnea</b> o <b>INJERTO DE TEJIDO DE ORIGEN ANIMAL</b> ?		
16.- ¿Ha tomado <b>NEOTIGASÓN, AVIDART, PROSCAR, PROPECIA, TAMOXIFENO</b> o <b>ROACUTÁN</b> ?		
17.- ¿Ha consumido <b>DROGAS</b> inyectables o inhaladas sin prescripción médica?		
18.- ¿Su <b>PAREJA SEXUAL HABITUAL</b> es <b>PORTADORA</b> de virus de <b>HEPATITIS B, C</b> , o <b>SIDA</b> ?		
19.- ¿Mantiene <b>RELACIÓN SEXUAL</b> con <b>MÚLTIPLES PAREJAS</b> sin protección o a <b>CAMBIO</b> de <b>DINERO</b> o <b>DROGAS</b> ?		
<b>EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS:</b>		
20.- ¿Ha tenido <b>FIEBRE, GRIPE</b> o <b>CATARRO</b> ?		
21.- ¿Ha ido al <b>DENTISTA</b> ?		
<b>EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS:</b>		
22.- ¿Ha convivido con personas que hayan presentado <b>FIEBRE O MALESTAR GENERAL</b> ?		
23.- ¿Le han puesto alguna <b>VACUNA, INMUNOGLOBINA</b> o <b>ANTISUEROS</b> ?		
<b>EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES:</b>		
24.- ¿Le han realizado <b>ENDOSCOPIA, ELECTROMIOGRAMA, CATETERISMO, ACUPUNTURA</b> u <b>OTRAS PRUEBAS</b> ?		
25.- ¿Se ha hecho <b>TATUAJES, PIERCINGS</b> o sufrido <b>PINCHAZO ACCIDENTAL</b> ?		
26.- ¿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> ?		
27.- ¿Ha tenido <b>CONVIVENCIA</b> o <b>CONTACTO SEXUAL</b> con enfermo o portador crónico de <b>HEPATITIS B</b> ?		
<b>EN EL ÚLTIMO AÑO:</b>		
28.- ¿Ha tenido <b>CONVIVENCIA</b> o <b>CONTACTO SEXUAL</b> con enfermo o portador crónico de <b>HEPATITIS C</b> o <b>VIH/SIDA</b> ?		
29.- ¿Ha tenido alguna <b>REACCIÓN ALÉRGICA</b> a algún <b>MEDICAMENTO</b> ?		
30.- ¿Toma algún <b>MEDICAMENTO HABITUAL</b> incluido analgésicos, antiinflamatorios o antihipertensivos?		
31.- Si es mujer ¿ha tenido <b>EMBARAZO O ABORTO</b> en los últimos 6 meses? (Nº, LACTANCIA)		
¿Desea comentar alguna otra cosa?		

Le informamos que por su propia seguridad:

- NO SE PUEDE DONAR EN AYUNAS.
- DEBERÁN TRANSCURRIR AL MENOS MEDIA HORA TRAS EL DESAYUNO O BIEN DOS HORAS Y MEDIA TRAS LA INGESTA DE LA COMIDA.
- ES ACONSEJABLE LA INGESTA DE LÍQUIDOS ABUNDANTES PREVIA A LA DONACIÓN Y OBLIGATORIAMENTE TRAS LA MISMA.
- PROCURE EVITAR ESFUERZOS FÍSICOS Y/O ACTIVIDADES PELIGROSAS EN LAS PRÓXIMAS 12 HORAS.

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

# HOJA DE DONANTE 1ª DONACIÓN

## Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria

Lea detenidamente esta hoja de donación. Para completar su información dispone de la HOJA INFORMATIVA y el folleto "¿PUEDO DONAR?".

Su edad debe estar entre **18-65 años**, pesar más de **50 kg** y no haber comido de forma copiosa en las **2,5 horas** previas. **Las mujeres pueden donar sangre 3 veces al año y los varones 4 veces**, con un intervalo mínimo entre donaciones de **2 meses**.

### **NO PODRÁ DONAR NUNCA si:**

- Mantiene o ha mantenido una CONDUCTA SEXUAL CON ALTO RIESGO de contraer SIDA u otras enfermedades infecciosas de transmisión sexual.
- Tiene o ha tenido HÁBITOS DE ALTO RIESGO de contraer SIDA o Hepatitis B y C, como el consumo de DROGAS por vía INTRAVENOSA, INTRAMUSCULAR.
- Ha recibido CONCENTRADOS DE FACTORES, por enfermedad de la sangre o alteración de la coagulación.
- Padece o ha padecido HEPATITIS B o C, SIDA o es PORTADOR CRÓNICO de estos virus.

### **NO PODRÁ DONAR TEMPORALMENTE si**

- Mantiene CONVIVENCIA o CONTACTO ÍNTIMO SEXUAL o FAMILIAR con enfermo o portador crónico de virus HEPATITIS B, C, SIDA o ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
- Tiene RELACIÓN SEXUAL CON PERSONA CON CONDUCTA SEXUAL o HÁBITOS DE ALTO RIESGO.
- Tiene RELACIÓN SEXUAL CON PAREJAS DISTINTAS de la habitual SIN HABER UTILIZADO SIEMPRE Y DE FORMA CORRECTA EL PRESERVATIVO.
- Ha VIAJADO, NACIDO o es hijo de MADRE NACIDA en PAISES donde la ENFERMEDAD DE CHAGA o la MALARIA son MUY FRECUENTES (Zonas de África, Asia, Iberoamérica y Caribe).

### **CONSENTIMIENTO**

El donante arriba indicado, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, autoriza que sus datos personales y los obtenidos en sus donaciones sean incorporados a los ficheros automatizados de datos, cuyo responsable es el Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria (Avda. Valdecilla s/n. 39008 Santander. Cantabria). Su finalidad es el control sanitario y el cumplimiento de las normativas sobre hemodonación-hemoterapia. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación, con las especificaciones establecidas respecto a datos sanitarios, mediante solicitud escrita y firmada al responsable del fichero. En caso de no poder donar en esta ocasión, autoriza igualmente a que sus datos personales y los de su ofrecimiento sean incluidos en los ficheros automatizados del BSTC. Datos de identificación (como nombre, dirección o teléfono), grupo sanguíneo e historial de donaciones podrán ser cedidos a la Hermandad de Donantes de Sangre de Cantabria.

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 o plasma.

Firma:

Nº donación