

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 **HOJA INFORMATIVA** dirigida a los donantes?
2. ¿Se encuentra bien hoy?
3. ¿Ha **DONADO** en algún lugar **FUERA** de Cantabria? (Dónde y cuándo)
4. ¿Ha sido rechazado en alguna ocasión como donante de sangre?

VIAJES Y ESTANCIAS

5. ¿Ha **RESIDIDO** más de un año en el **REINO UNIDO** entre los años 1980 y 1996?
6. ¿Ha **VIVIDO** (estancia superior a 1 mes) **fuera de España en algún momento** de su vida?
7. ¿Ha **VIAJADO** fuera de España en los **ÚLTIMOS 3 AÑOS**? ¿Y en el **ÚLTIMO MES**? (Dónde y cuándo):

ANTECEDENTES MÉDICOS, ESTADO DE SALUD

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

MEDICACIÓN Y DROGAS

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

CONVIVENCIA Y RELACIONES SEXUALES

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

POR FAVOR, INDIQUE:

33. ¿En qué **PAÍS** nació usted ¿y su madre?
34. Si es mujer: ¿nº de **embarazos**, incluidos abortos? Fecha fin del último:

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

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 de 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 en 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 a la 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.fmdv.org / www.bscan.org

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: