

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.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:

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Se encuentra bien hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha DONADO en algún lugar FUERA 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 VIVIDO (estancia superior a 1 mes) fuera de España en algún momento de su vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha VIAJADO fuera de España en los ÚLTIMOS 3 AÑOS ? ¿Y en el ÚLTIMO MES ? (Dónde y cuándo): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANTECEDENTES MÉDICOS, ESTADO DE SALUD

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. ¿Padece o ha padecido ENFERMEDAD de corazón, sistema nervioso central u otros órganos? ¿ TUMORES MALIGNOS ? ¿ DIABETES en tratamiento con insulina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Padece o ha padecido EPILEPSIA o convulsiones? ¿Tendencia al SANGRADO ? ¿ ALERGIA GRAVE ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Padece o ha padecido algún tipo de ENFERMEDAD INFECCIOSA , enfermedad TROPICAL y/o enfermedad de TRANSMISIÓN SEXUAL ? (En caso afirmativo, especifique cuál y cuándo): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Le han practicado alguna OPERACIÓN o TRANSFUSIÓN de sangre o derivados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Le han tratado con COLIRIO DE SUERO AUTÓLOGO o con PLASMA RICO EN PLAQUETAS ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha recibido HORMONA DE CRECIMIENTO O UN TRASPLANTE O INJERTO de tejido proveniente de otra persona o animal (piel, córnea, tímpano, duramadre, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Tiene historia familiar de ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB o cualquier otra encefalopatía espongiiforme transmisible? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Está pendiente de ALGÚN ESTUDIO MÉDICO ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. En las últimas 2 semanas , ¿Ha tenido FIEBRE, GRIPE O CATARRO ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. En las últimas 2 semanas , ¿Ha ido al DENTISTA ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. En los últimos 4 meses , ¿Le han realizado ENDOSCOPIA, ELECTROMIOGRAMA o estudio neurofisiológico, CATETERISMO o alguna OTRA PRUEBA DIAGNÓSTICA ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. En los últimos 4 meses ¿Se ha hecho TATUAJES, PIERCINGS, ACUPUNTURA, MESOTERAPIA o algún otro tratamiento estético con agujas? ¿Ha sufrido PINCHAZO ACCIDENTAL ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MEDICACIÓN Y DROGAS

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 20. ¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún MEDICAMENTO incluido analgésicos, antiinflamatorios o antihipertensivos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Ha tenido REACCIÓN ALÉRGICA a algún medicamento? ¿Y al YODO ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Ha tomado Dutasterida (Avidart, Duagen), Finasterida (Eucoprost, Proscar, Propecia), Isotretinoína (Roacután), Etretinato (Tigasón), Acitretina (Neotigasón) o Tamoxifeno ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Ha consumido en alguna ocasión DROGAS inyectables o inhaladas sin prescripción médica, incluido hormonas o esteroides anabolizantes? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. En las últimas 4 semanas, ¿Le han puesto alguna VACUNA, INMUNOGLOBULINA o ANTISUEROS ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CONVIVENCIA Y RELACIONES SEXUALES

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 25. ¿Su PAREJA SEXUAL HABITUAL es PORTADORA de VIRUS HEPATITIS B, C, VIH, HTLV I-II o sospecha que podría serlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Ha aceptado alguna vez dinero, drogas u otro tipo de PAGO A CAMBIO DE MANTENER RELACIONES SEXUALES ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. En las últimas 2 semanas, ¿Ha convivido con personas que hayan presentado FIEBRE o MALESTAR GENERAL ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. En los últimos 4 meses, ¿Ha tenido CONVIVENCIA (p.e comparte cuchillas) o CONTACTO SEXUAL con enfermo o portador crónico de HEPATITIS B ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. En el último año, ¿Ha tenido RELACIÓN SEXUAL con PAREJA DISTINTA de la habitual sin utilizar SIEMPRE de forma correcta el PRESERVATIVO ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

POR FAVOR, INDIQUE:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 32. ¿En qué PAÍS nació usted? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Si es mujer: ¿nº de embarazos incluidos abortos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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