

**DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVE****Tento dokument je určen pouze pro čtení**

| | | |
|-----------|--------------|-------------------------------|
| Příjmení: | Titul: | Číslo odběru (nevypĺňujte) |
| Jméno: | Rodné číslo: | |

Vypĺňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny požadované údaje a odpovězte pravdivě na všechny položené otázky.

Správnou odpověď vždy zakroužkujte.

Před vyplněním dotazníku se, prosím, seznamte s "**Poučením dárce krve**".

| | | | |
|----|--|-----|----|
| 1. | Seznámil(a) jste se s poučením o rizikovém chování z hlediska darování krve a rozumíte mu? | ano | ne |
| 2. | Patříte do některé skupiny s rizikovým chováním? (viz "Poučení dárce krve") | ano | ne |

SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV

| | | | |
|-----|--|-----|----|
| 3. | Cítíte se zdrav(a)? | ano | ne |
| 4. | Užíváte pravidelně léky (tablety, kapky, masti, injekce)? Uveďte <u>všechny</u> , včetně např. Acylpyrinu, hormonální antikoncepce apod. | ano | ne |
| | Jaké: | | |
| 5. | Užil(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké léky (tablety, kapky, masti, injekce)? Pravidelně užívané léky již neuvádějte. | ano | ne |
| | Jaké: | | |
| 6. | Léčíte se nebo jste sledován(a) pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)? | ano | ne |
| | Důvod: | | |
| 7. | Potíte se v noci v nadměrné míře, pozorujete zvýšené teploty, zduřelé uzliny? | ano | ne |
| 8. | Hubnete v poslední době bez zjevné příčiny? | ano | ne |
| 9. | Prodělal(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjemové onemocnění apod.)? | ano | ne |
| 10. | Podstoupil(a) jste v posledních 7 dnech trhání zubů nebo malý chirurgický výkon? | ano | ne |
| 11. | Měl(a) jste v posledních 4 týdnech přisáté klíště? | ano | ne |

ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU V UPLYNULÝCH 4-12 MĚSÍCÍCH

V uplynulých 4 měsících:

| | | | |
|-----|---|------|----|
| 12. | Prodělal(a) jste transplantaci, operaci, ošetření v nemocnici, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření (artroskopii, gastrokopii, kolonoskopii apod.), poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poraněním nebo sliznicí)? | ano | ne |
| | Jaké: | Kdy: | |
| 13. | Dostal(a) jste transfuzi krve? | ano | ne |

**DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVE****Tento dokument je určen pouze pro čtení**

| | | | |
|-----|--|-----|----|
| 14. | Bylo Vám provedeno tetování, akupunktura, propíchování uší, piercing? | ano | ne |
| 15. | Byl(a) jste očkován(a)? | ano | ne |
| | Proti čemu a kdy: | | |
| 16. | Pracujete v rizikovém, tj. zdraví škodlivém prostředí (práce v riziku infekce, s chemikáliemi, jedy, se zářením)? | ano | ne |
| 17. | Pobýval(a) jste v nápravném zařízení (vězení)/detenčním centru? | ano | ne |
| 18. | Byl(a) jste v úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným s infekční žloutenkou, HIV/AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog? | ano | ne |
| | Jakým: | | |
| 19. | Pobýval(a) jste v posledních 6 měsících mimo ČR? | ano | ne |
| | Kde (i krátkodobě, turistický pobyt): | | |
| 20. | Byl(a) jste léčen(a) v posledních 12 měsících pro pohlavní chorobu? | ano | ne |
| | Jakou: | | |
| 21. | Pro ženy: Jste těhotná nebo jste v posledních 6 měsících byla těhotná? | ano | ne |

ODBĚRY KRVE V MINULOSTI

| | | | |
|-----|---|-----|----|
| 22. | Darujete krev nebo její složky poprvé (pokud ano, otázky 23 a 24 nevyplňujte) | ano | ne |
| 23. | Měl(a) jste následně po minulém odběru zdravotní komplikaci (např. mdloby, kolaps, větší hematom, aj.)? | ano | ne |
| 24. | Chodíte darovat i do jiného zdravotnického zařízení? | ano | ne |
| 25. | Byl(a) jste někdy odmítnut(a) jako dárce/dárkyně krve? | ano | ne |
| | Důvod: | | |

PRODĚLANÉ CHOROBY OD NAROZENÍ DO DNEŠNÍHO DNE

| | | | |
|-----|--|-----|----|
| 26. | Infekční žloutenka, HIV infekce (AIDS), infekce virem HTLV I/II, pohlavní nemoc (syfilis, kapavka), tuberkulóza, jiné přenosné nemoci (infekční mononukleóza, klíšťová encefalitida, brucelóza, tularémie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, malárie, babesióza, leishmaniáza (Kala-Azar), Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, aj.) | ano | ne |
| 27. | Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak. | ano | ne |
| 28. | Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytemie, thalassemie, aj.) | ano | ne |
| 29. | Nemoci zažívacího traktu (vředová choroba, záněty slinivky, střeva, aj.) | ano | ne |
| 30. | Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza, aj.) | ano | ne |
| 31. | Nemoci ledvin (záněty, kameny, kolika, aj.) | ano | ne |
| 32. | Nemoci dýchacích orgánů (astma, rozedma plic, chronický zánět průdušek, aj.) | ano | ne |
| 33. | Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis, aj.) | ano | ne |

**DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVE****Tento dokument je určen pouze pro čtení**

| | | | |
|-----|---|------|----|
| 34. | Nádorové onemocnění | ano | ne |
| 35. | Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, epilepsie, roztroušená skleróza, deprese, psychóza, aj.) | ano | ne |
| 36. | Operace a všechny větší úrazy, transplantace, transfuze krve (i mimo ČR) | ano | ne |
| | Jaké: | Kdy: | |
| 37. | Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek? | ano | ne |
| 38. | Alergie, poruchy imunity, kožní onemocnění? | ano | ne |
| 39. | Byla u Vás nebo v rodině zjištěna Creutzfeldt-Jakobova choroba nebo její varianta (vCJD)? Pozn.: Jedná se o vzácné onemocnění postihující centrální nervový systém (lidově známé jako „nemoc šílených krav“), které se vyskytuje buď dědičně v postižených rodinách, nebo je způsobeno přítomností tzv. prionů - infekčních bílkovin, které se do těla dostávají požitím tkáně infikovaného zvířete) | ano | ne |
| 40. | Užíval(a) jste někdy následující léky: isotretinoin (např. Aknenormin), etretinat, acitretin (např. Neotigason), finasterid (např. Adafin, Finard, Penester), dutasterid (např. Avodart, Dustar, Dutalan), aj.? | ano | ne |
| 41. | Byl(a) jste někdy léčen(a) růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy? | ano | ne |
| 42. | Byl(a) jste někdy léčen(a) pro alkoholismus nebo lékovou závislost? | ano | ne |
| 43. | Užíval(a) jste někdy drogy (zejména nitrožilní aplikace)? , případně injekční léky nepředepsané lékařem (anabolika, steroidy, apod.) | ano | ne |
| 44. | Narodil(a) jste se nebo žil(a) jste v zahraničí? Kde: | ano | ne |
| 45. | Pobýval(a) jste v období 1980 – 1996 celkem déle než 6 měsíců ve Velké Británii nebo ve Francii? | ano | ne |
| 46. | Máte zaměstnání nebo koníčka se zvýšenou tělesnou zátěží nebo vyššími nároky na pozornost? (řidič z povolání, pilot, práce ve výškách, horolezectví, potápění) | ano | ne |
| 47. | Užíval(a) jste někdy antimalarika (preventivní užívání, samoléčba)? | ano | ne |

Informované souhlasy:**Každý jednotlivý souhlas níže uvedený máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete kdykoliv odvolat.**

| | | | |
|----|---|-----|----|
| 1. | Souhlasím s tím, že pokud splňuji podmínky pro zařazení do registru dárců se vzácnými skupinovými znaky, budou mé osobní údaje evidovány v registru, a to v následujícím rozsahu: kód dárce, zápis skupiny ABO RhD a vybraných antigenů s nízkou frekvencí | ano | ne |
| 2. | Souhlasím s tím, že mé osobní údaje (v rozsahu jméno, příjmení, titul, datum narození, adresa, zdravotní pojišťovna, tel. číslo, e-mail a počet odběrů) budou sděleny oprávněným zástupcům Českého červeného kříže pro potřeby oceňování bezpříspěvkových dárců krve | ano | ne |
| 3. | Pro vědecké a výukové účely je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci VFN měli přístup do Vaší zdravotnické dokumentace a mohli si z ní pořizovat potřebné výpisy a kopie. Použité údaje v takovém případě mohou být uveřejněny pouze v anonymizované podobě, ze které nelze poznat Vaší identitu. Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů | ano | ne |



DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVE

Tento dokument je určen pouze pro čtení

| | | | |
|----|---|-----|----|
| 4. | VFN je výukovým a vědeckým pracovištěm; pod dohledem zdravotníků zde vykonávají svou praxi osoby připravující se k výkonu povolání (studenti, stážisti). Jejich výuka není možná bez Vaší spolupráce. Proto prosíme o pochopení, trpělivost a souhlas, aby tyto osoby mohly nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace a mohly být přítomné při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě. Souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon povolání včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace | ano | ne |
|----|---|-----|----|

Stvrzuji, že jsem nezamítl(a) žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl(a), jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamlčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce transfuze, je zákonem postižitelné).

Beru na vědomí, že pokud splňuji podmínky pro zařazení do Národního registru dle zákona č. 372/2011 Sb., zejména Národní registr osob trvale vyloučených z dárcekrve je VFN povinná mé osobní údaje evidovat v registru v rozsahu zákonem stanoveným: (v případě Národního registru osob trvale vyloučených z dárcekrve: rodné číslo, jméno a příjmení, důvod vyřazení a pracoviště, kterým byl dárce vyřazen, telefonní číslo dárce).

Seznámil(a) jsem se s "Poučením dárce krve" a jeho obsahu rozumím. Ve smyslu znění "**Poučení dárce krve**" se **považuji za vhodného dárce, jehož krev neohroží zdraví příjemce.**

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 diskretního samovyloučení. Souhlasím s tím, aby moje krev byla vyšetřena všemi potřebnými testy, včetně molekulárně-biologických metod a testu na HIV/AIDS, a aby v případě nevyhovujících výsledků byla použita v rámci zdravotní péče k jiným než transfuzním účelům.

Byl(a) jsem poučen(a), že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován(a). Beru na vědomí, že nejméně 30 minut po odběru bych měl(a) odpočívat a teprve poté se aktivně účastnit silničního provozu.

Dále prohlašuji, že nepřicházím darovat krev za účelem vyšetření na HIV/AIDS nebo jiné krví přenosné nemoci.

Souhlasím s odběrem a s tím, aby léčivé přípravky, vyrobené z mé krve (nebo z mé plazmy), byly použity v souladu s medicínskými, etickými a humanitárními principy k léčbě nemocných v rámci platné legislativy pouze v případě, že budou vyhovovat požadavkům na jejich bezpečnost a jakost. V případě vzniku 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 | | | |
| <input type="checkbox"/> | Vyhovuje | Nevyhovuje | <input type="checkbox"/> |
| Nevyhovuje pro | | | |
| Datum | | Razítko a podpis odpovědné osoby | |