



8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia?  
Jeżeli tak, to jakie?.....  
Kiedy?.....
9. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy:  
a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała  b) nieuzasadnioną gorączkę   
c) powiększenie węzłów chłonnych
10. Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń,  
ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości?  
a) choroby układu krążenia (nadciśnienie) , dolegliwości ze strony serca , zawał serca ,  
duszność , udar mózgu Jeżeli tak, kiedy?.....  
b) choroby skóry , wysypki/wysypka ,uczulenia , katar sienny , astma , łuszczyca  
Jeżeli tak, kiedy?.....  
c) cukrzyca , choroby krwi , przedłużone krwawienie , choroby naczyń krwionośnych   
choroby nerek , choroby nerwowe , padaczka , nowotwór , choroby płuc ,  
gruźlica , choroby przewodu pokarmowego , choroby tarczycy ,  
d) kiła , rzeżączka , toksoplazmoza , bruceloza , mononukleozą zakaźną ,  
Jeżeli tak, kiedy?.....
11. a) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddawania krwi chorował/a Pan/i  
albo przeżył/a zabieg operacyjny lub wypadek?  
Jeżeli tak, to jaki?.....  
b) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/i wykonane szciece chirurgiczne?  
Jeżeli tak, to kiedy?.....  
c) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/i wykonywaną gastroskopię, biopsję lub  
inne zabiegi diagnostyczne? Jeśli tak, to kiedy? .....
12. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/i transfuzje krwi lub jej składników?  
Jeżeli tak, to jakich i kiedy ? .....
13. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)?  
Jeżeli tak, to jakich? .....
14. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/i hormon wzrostu?
15. Czy ktokolwiek z Pana/i rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfelda-Jackoba?  
a) Czy w okresie od 1 stycznia 1980 r. do 31 grudnia 1996 r. przebywał/a Pan/i łącznie  
przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji, Irlandii lub Portugalii?
16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/i za granicą kraju?
17. Czy chorował/a Pan/Pani na: malarię , inne choroby tropikalne , lub przyjmował/a leki  
przeciw malaryczne? Jeżeli tak, to jakie?.....
18. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki  
przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?
19. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/i tatuaż , akupunkturę , depilację  
kosmetyczną , przekłucie uszu lub innych części ciała ? Jeżeli tak, kiedy?.....
20. a) Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, kiedy?.....  
b) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddawania krwi miał/a Pan/i  
przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub instrumentami zanieczyszczonymi krwią ludzką?  
Jeżeli tak, kiedy?.....
21. Czy Pana/i partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy chorował na  
żółtaczkę?
22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?
23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub w więzieniu?
24. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi?
25. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę lub ma niebezpieczne hobby?

**Tylko dla kobiet**

26. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu.....

27. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio? .....

28. Czy w latach 1965 -1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?

Wyrażam zgodę na zabieg:

- pobrania osocza metodą plazmaferezy automatycznej
- pobrania osocza metodą plazmaferezy manualnej
- pobrania krwinek płytkowych metodą tromboaferezy automatycznej
- pobrania krwinek białych metodą leukoaferezy automatycznej
- pobrania krwi pełnej

- .....

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o rodzaju zabiegu i jego częstotliwości oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na oddanie krwi. Zostałem/am poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia. Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy krwi. **Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.**

W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od zakończenia donacji jakichkolwiek objawów chorobowych, zobowiązuję się do telefonicznego powiadomienia lekarza, który zakwalifikował mnie do oddania krwi ( 022 6816 591, 022 6816 716 ).

W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań zobowiązuję się do terminowego zgłoszenia się do Wojskowego Centrum Krwiodawstwa. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo trzykrotnego zawiadomienia wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.

Data.....

Podpis krwiodawcy.....

kwalfikuje się do oddania krwi

nie kwalfikuje się do oddania krwi

Data.....

Podpis Lekarza.....

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), która nastąpiła w ciągu trzech miesięcy od oddania krwi, zawiadomić o tej zmianie Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie: 00-671 Warszawa ul. Koszykowa 78; telefon: (022) 6816 673/ (022)6816 716

Informujemy, że podane w ankiecie dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, którego administratorem jest Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie.

Na podstawie Art. 32 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997 r. Nr 133 poz. 883) przysługuje Panu/Pani prawo do uzyskania informacji dotyczących zbioru danych osobowych oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją

Data.....

Podpis krwiodawcy.....

Data.....

Podpis osoby sprawdzającej.....