

**CUESTIONARIO PREDONACIÓN – CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Número de Donante:

Grupo y Rh  
Observaciones

**Información donaciones previas**

Nombre y Apellidos:

DNI:

Fecha nacimiento:

Lugar de colecta:

Dirección:

Población:

Código Postal:

Correo electrónico:

Teléfono:

Móvil:

Prueba complementaria:

Total donaciones:

HTLV

Chagas

Último ofrecimiento:

Fecha	Tipo	Causa de Rechazo

**Información importante sobre la donación de sangre total o componentes sanguíneos por aféresis**

La donación de sangre es un acto seguro en el que, con escasa frecuencia, el donante puede presentar alguna reacción leve y transitoria. Para garantizar su seguridad y la del potencial receptor/paciente, y en cumplimiento de la legislación vigente, realizamos una encuesta clínica, una breve exploración física y unas determinaciones analíticas. Es importante que conozca que en determinadas circunstancias una persona puede ser infectiva y no ser detectable en estos análisis. Por eso y para evitar riesgos en su salud y en la del receptor de su sangre debe contestar verazmente a la encuesta. No obstante, en cualquier momento del proceso, puede solicitar que se termine y que no se utilice su sangre (autoexclusión), pues después de cada donación se realizan las siguientes pruebas: Hepatitis B y C, VIH y Sífilis. La especificidad y sensibilidad de los tests de cribado no alcanzan el 100%, pudiéndose producir resultados débilmente positivos que generalmente resultan negativos en los tests de confirmación. En caso de alteración analítica, la bolsa donada será destruida y el donante avisado, pudiendo generarse un periodo de exclusión temporal o definitivo para el donante.

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

Debe Vd. saber que sus datos personales y de salud podrán ser objeto de tratamiento cuando sea necesario para los fines legítimos de la transfusión sanguínea. Dichos datos podrán ser cedidos a las Hermandades de Donantes de Sangre y al Ministerio de Sanidad en los términos legalmente previstos. Estas cesiones afectan únicamente a las funciones legítimas de cedente y cesionario. **La dirección gerencia del SESCAM garantiza la confidencialidad de los datos personales objeto de tratamiento y le informa que las personas involucradas en el tratamiento están obligadas al secreto profesional.** El responsable del fichero es la dirección-gerencia del SESCAM y la dirección donde el interesado podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición es: Avda. Río Guadiana nº 4 de Toledo, y/o la Consejería de Sanidad, Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección y la dirección es Avda. de Francia nº 4 de Toledo, pero en ningún caso puede oponerse al mantenimiento de los mismos.

Fecha donación:

Hora extracción:

Plaquetas

Número donación:

Firma Enfermero/a:

Firma Médico:

Exploración física:

Hemoglobina (g/dl):

Presión arterial (mmHg):

Pulso (lpm):

Peso:

Motivos de Rechazo:

Observaciones médicas o incidencias:

Tipo de Extracción: Plasmaféresis / Plaquetoféresis

Separador Celular:

Lote fungible:

Tipo de Anticoagulante:

Vol. De anticoagulante:

Lote:

Duración de Proceso:

Volumen extraído:

Observaciones:

<b>Marque con una X lo que corresponda</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. ¿Ha donado sangre en los últimos dos meses, plaquetas o plasma en los últimos quince días?		
b. ¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún medicamento, incluido la aspirina, ibuprofeno o derivados?		
c. ¿Necesita tomar medicamentos para controlar la tensión arterial?		
d. ¿Es diabético dependiente de insulina?		
e. ¿Está en tratamiento médico para síndrome depresivo o algún otro tipo de enfermedad de salud mental?		
f. ¿Ha tomado alguna vez Avidart, Duagen, Proscar, Propecia, Finasterida, Eucoprost, Ativol para un problema de próstata?		
g. ¿Padece usted Apnea del sueño y/o duerme con CEPAP?		
h. ¿Ha tomado alguna vez Neotigason, Racután, Tigason, Isotrex para problemas de la piel?		
<b>En las próximas 12 horas:</b>		
1. ¿Va a realizar alguna actividad laboral -conducir un vehículo de transporte público o deportiva peligrosa de riesgo -escalada		
<b>En las 2 últimas semanas:</b>		
2. ¿Se ha extraído muelas o padecido infección bucal?		
3. ¿Ha sufrido gripe, diarrea, dolor de cabeza y malestar general, otra infección o fiebre?		
<b>En el último mes:</b>		
4. ¿Ha tenido cirugía menor (Anestesia local)?		
5. ¿Ha recibido alguna vacuna?		
6. ¿Ha estado en contacto con una persona que tenía una enfermedad infecciosa contagiosa?		
7. ¿Ha viajado o residido fuera de España?		
<b>En los últimos cuatro meses:</b>		
8. ¿Le han realizado alguna exploración como endoscopia o biopsia, o cirugía mayor (anestesia general)?		
9. ¿Ha convivido con enfermos con hepatitis u otra enfermedad infecciosa?		
10. ¿Se ha hecho tatuajes, perforaciones en la piel o acupuntura?		
11. ¿Ha asistido a la consulta de algún médico o ha estado hospitalizado?		
12. ¿Ha perdido mas de 4 Kg. sin justificación en los últimos meses?		
<b>En los últimos seis meses:</b>		
13. ¿Ha viajado o residido fuera de Europa?		
<b>En alguna ocasión, a lo largo de su vida:</b>		
14. ¿Ha sido rechazado como donante?		
15. ¿Ha tenido una enfermedad grave que haya exigido control médico periódico?		
16. ¿Ha recibido sangre o algún hemoderivado (plasma o plaquetas) en alguna ocasión?		
17. ¿Ha padecido hepatitis vírica después de los 10 años?		
18. ¿Ha padecido ataques epiléptico, convulsiones o síncope?		
19. ¿Ha sufrido alguna enfermedad infecciosa grave como paludismo (malaria), enfermedad de Chagas, leishmaniasis, mononucleosis infecciosa, tuberculosis, sífilis, gonorrea... entre otras?		
20. ¿Ha padecido enfermedad grave de pulmón, corazón o presión sanguínea, riñón, neurológica, cáncer, leucemia o autoinmune -con toma oral de corticoides de forma crónica-?		
21. ¿Ha sufrido alguna enfermedad o reacción alérgica grave?		
22. ¿Ha tenido algún problema hemorrágico o enfermedad de la sangre como anemia o exceso de glóbulos rojos? o ¿está tomando tratamiento con hierro?		
23. ¿Ha recibido hormonas de crecimiento de origen humano (antes de 1987)?		
24. ¿Ha sufrido alguna operación del Sistema Nervioso, trasplante de cornea, injerto de duramadre o timpanoplastia usando tejidos de otras personas? o ¿Ha sido trasplantado con tejido procedente de animales)?		
25. ¿Alguno de sus familiares ó Ud. mismo ha padecido la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (Encefalopatía espongiiforme) ó la variante de la enfermedad?		
26. ¿Ha residido en el Reino Unido más de 12 meses acumulativos entre 1980 y 1996?		
27. ¿Ha recibido alguna transfusión en el Reino Unido o en países endémicos de Paludismo, Sida, Infección por HTLV o enfermedad de Chagas?		
28. ¿Viene a donar porque se lo ha recomendado el médico por exceso de glóbulos rojos?		
29. ¿Es mayor de edad, pesa 50 Kg o más y tiene usted buena salud?		
30. ¿Está en ayunas o no ha descansado?		
31. Si es mujer, ¿está embarazada, lo ha estado en los últimos 6 meses o está en la lactancia?		
32. ¿Es hijo/a de madre extranjera o ha nacido en un país extranjero? ¿En qué país?		
33. ¿Ha entendido las preguntas de este cuestionario?		

**Por favor, si Ud se encuentra en alguna de las situaciones descritas, no podrá donar sangre.**

- Es portador/a del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus del SIDA, o de alguno de los virus de la hepatitis (B o C) o cree que podría serlo. Cree ser portador de alguna otra enfermedad de transmisión sexual (Clamidia, sífilis, gonorrea... )
- Se ha inyectado drogas en alguna ocasión durante su vida, incluso una sola vez y aunque haya pasado mucho tiempo o ha aceptado en alguna ocasión dinero, drogas o algún tipo de pago a cambio de mantener relaciones sexuales.
- En los últimos 4 meses, ha mantenido relaciones sexuales con: parejas distintas sin protección, alguna persona portadora del Virus del SIDA (VIH) o virus de la hepatitis, alguna persona que cambie frecuentemente de pareja, alguna persona que haya podido inyectarse drogas intravenosas, alguna persona que ejerza o haya ejercido la prostitución, alguna persona residente u originaria de zonas del mundo donde el virus del SIDA está muy extendido ( África subsahariana o Sudeste Asiático ).

**Si después de haber realizado su donación recuerda alguna circunstancia por la que no crea conveniente que su sangre sea transfundida, por favor comuníquelo al Teléfono 925228095. Le rogamos que ante dudas, consulte con nuestro personal.**

**DECLARO: Haber rellenado el cuestionario con sinceridad, haber comprendido todos los puntos reflejados en él y no encontrarme en ninguna de las circunstancias de exclusión citadas. Doy mi consentimiento para que se me efectúe la extracción en el día de hoy y para que pueda ser convocado para posteriores ofrecimientos.**

**Nombre y apellidos del donante:**

**Firma:**