

# DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVE A PLAZMY

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje. **Správnou odpověď zakroužkujte!!!**

Před vyplněním dotazníku se seznamte, prosím, s **Poučením dárce krve** a se Zásadami ochrany osobních údajů.

Příjmení		Jméno (titul)		Číslo odběru (nevyplňujte)
Rodné číslo	Zaměstnání	Zdravotní pojišťovna (nepovinný údaj pro občany ČR)		Výška/váha

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? (uveďte **všechny**, včetně např. Acylpyrinu, hormonální antikoncepce)  
Jaké? ..... **ANO** **NE**  
5. Užil(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké léky? (pravidelně užívané léky již neuvádějte)  
Jaké? ..... **ANO** **NE**  
6. Léčíte se nebo jste sledován(a) pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)? **ANO** **NE**  
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**  
12. Jste nyní v pracovní neschopnosti? **ANO** **NE**

## ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU

### V uplynulých 4 měsících (platí pro otázky č. 13–19):

13. 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)? Jaké? ....., Kdy? ..... **ANO** **NE**  
14. Bylo Vám provedeno tetování, akupunktura, propíchování uší, piercing, permanentní make-up? **ANO** **NE**  
15. Byl(a) jste očkovan(a)? Proti čemu? ..... **ANO** **NE**  
16. Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí?  
V jakém? (infekce, záření, chemická rizika atd.) ..... **ANO** **NE**  
17. Byl(a) jste léčen(a) pro pohlavní chorobu? **ANO** **NE**  
18. Pobýval(a) jste v nápravném zařízení (vězení)? **ANO** **NE**  
19. Byl(a) jste v úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným s infekční žloutenkou, AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog?  
Jakým? ..... **ANO** **NE**  
20. Byl/a jste v posledním roce pokousán/a zvířetem? **ANO** **NE**  
21. Pobýval(a) jste v **posledních 6 měsících** v zahraničí?  
Kde? (i krátkodobě, turistický pobyt) ..... **ANO** **NE**  
22. Pro ženy: Byla jste v posledním roce nebo jste těhotná? Kojíte nebo jste kojila? **ANO** **NE**

## ODBĚRY KRVE V MINULOSTI

23. Darujete krev nebo její složky poprvé? (pokud ANO, otázku č. 24 a č. 25 nevyplňujte) **ANO** **NE**  
24. Měl(a) jste po minulém odběru zdravotní komplikaci (např. mdloby, kolaps, větší modřinu, aj.)? **ANO** **NE**  
25. Chodíte darovat i do jiného zdravotnického zařízení? **ANO** **NE**  
26. Byl(a) jste někdy odmítnut(a) jako dárce - dárkyně krve?  
Důvod? ..... **ANO** **NE**

## PRODĚLANÉ CHOROBY (ANAMNÉZA) – OD NAROZENÍ DO DNEŠNÍHO DNE

27. Infekční žloutenka, HIV infekce (AIDS), infekce virem HTLV I/II, pohlavní nemoc (syfilis, kapavka), tuberkulóza, jiné přenosné nemoci (inf. mononukleóza, klíšťová encefalitida, brucelóza, tularemie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, malárie, babesióza, leishmaniáza (Kala-Azar), Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, aj.). **ANO** **NE**  
28. Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak, záněty žil, tromboza, aj. **ANO** **NE**  
29. Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytemie, talasemie, aj.). **ANO** **NE**

30. Nemoci zažívacího traktu, onemocnění jater, žlučníku (vředová choroba, záněty slinivky, střeva, aj.).	ANO	NE
31. Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza, aj.).	ANO	NE
32. Nemoci ledvin, močových cest (záněty, kameny, kolika, aj.).	ANO	NE
33. Nemoci dýchacích orgánů (astma, rozedma plic, chronický zánět průdušek, aj.).	ANO	NE
34. Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis, aj.).	ANO	NE
35. Nádorové onemocnění.	ANO	NE
36. Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, epilepsie, roztroušená skleróza, deprese, psychóza, aj.).	ANO	NE
37. Operace a všechny větší úrazy; transplantace.	ANO	NE
Jaké? ..... Kdy? .....		
38. Byla Vám v minulosti podána krevní transfuze?	ANO	NE
Kde (uvedte stát)? ..... Kdy? .....		
39. Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek?	ANO	NE
40. Alergie, poruchy imunity, kožní onemocnění.	ANO	NE
Jaké? .....		
41. Bylo u Vás nebo v rodině zjištěno onemocnění Creutzfeldt-Jakobovou chorobou nebo její variantní formou?	ANO	NE
42. Užíval(a) jste někdy následující léky: isotretinoin (např. Aknenormin), etretinát, acitretin (např. Neotigason), finasterid (např. Adafin, Finard, Penester), dutasterid (např. Avodart, Dustar, Dutalan), aj.?	ANO	NE
43. Byl(a) jste někdy léčen(a) růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy?	ANO	NE
44. Byl(a) jste někdy léčen(a) pro alkoholismus nebo lékovou závislost?	ANO	NE
45. Užíval(a) jste někdy drogy (zejména injekční aplikace), případně injekční léky nepředepsané lékařem (anabolika, steroidy, botox, dysport, apod.)?	ANO	NE
46. Narodil(a) jste se nebo žil(a) jste v zahraničí? Kde? .....	ANO	NE
47. Pobýval(a) jste v období 1980-1996 celkem déle než 12 měsíců ve Velké Británii?	ANO	NE
48. Máte zaměstnání nebo koníčka se zvýšenou tělesnou zátěží nebo nároky na pozornost (řidič z povolání, pilot, hasič, voják, policista, práce ve výškách, horolezectví, potápění)?	ANO	NE

## PROHLÁŠENÍ DÁRCE

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

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 neohrozí zdraví příjemce.**

Seznámil(a) jsem se se „Zásadami zpracování osobních údajů“, které jsou k dispozici v čekárně dárců a na webových stránkách HTO.

- 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 diskrétního **Samovyloučení**.
- Souhlasím s vyšetřením mé krve všemi potřebnými testy, včetně testu na AIDS a s uchováváním vzorků krve pro případné dodatečné vyšetření krví přenosných infekcí a krevních skupin včetně molekulárně genetických metod.
- Souhlasím s tím, aby v případě nevyhovujících výsledků byla odebraná krev použita v rámci zdravotní péče k jiným než transfuzním účelům.
- Byl(a) jsem poučen(a), že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován(a).
- Prohlašuji, že nepřicházím darovat krev za účelem vyšetření na AIDS.
- **Beru na vědomí, že nejméně 30 minut po odběru** bych měl(a) odpočívat a teprve poté se aktivně účastnit silničního provozu.
- Souhlasím s tím, že mé nezbytné osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu budou evidovány při dodržování povinné mlčenlivosti dle platného zákona a při dodržování zásad lékařského tajemství budou využívány v rámci transfuzní služby (např. referenční laboratoře pro infekční choroby, registr vyřazených dárců krve, registr dárců krve se vzácnou krevní skupinou, aj.) a v rámci výuky studentů ve zdravotnictví.
- Souhlasím s tím, že mé osobní údaje budou sděleny subjektům ČČK pro potřeby odměňování dárců.
- Souhlasím s tím, aby léčivé přípravky, vyrobené z mé krve (nebo 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.....

### Vyjádření lékaře nebo pověřeného zdravotnického pracovníka k odběru:

Vyhovuje  Nevyhovuje, protože: .....

Datum ..... Podpis lékaře nebo pověřeného zdravotnického pracovníka.....