



ISBT  
**ΔΕΙΓΜΑ**

**ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΑΤΟΣ**  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ENT-AIM-04G

Η ειλικρίνεια σας στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και η ορθότητα των απαντήσεων είναι πολύ σημαντική για την υγεία σας και την υγεία των δεκτών της προσφοράς σας. ΔΙΑΣΦΑΛΙΖΕΤΑΙ Η ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΕ.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

Αριθμός Ταυτότητας  Ημερ. Γέννησης   
Επώνυμο  Όνομα  Όνομα πατρός   
Διεύθυνση  Τ.Κ.   
Email  Τηλέφωνα  Επάγγελμα

### Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

A1 Ομάδα Αίματος A  B  O  AB  Rh(+)  Rh(-)   
A2 Έχετε το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
A3 Ξαναδώσατε αίμα; ΝΑΙ  ΟΧΙ  A4 Τελευταία αιμοδοσία   
A5 Αιμοδοτικό Σύνολο

### Β. ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

B1 Γεννηθήκατε ή ζήσατε εκτός Κύπρου για συνεχή περίοδο πέραν των 6 μηνών; ΝΑΙ  ΧΩΡΑ  ΟΧΙ   
B2 Ταξιδέσατε εκτός Κύπρου τους τελευταίους 6 μήνες; ΝΑΙ  ΧΩΡΑ  ΠΕΡΙΟΔΟΣ  ΟΧΙ   
B3 Τους τελευταίους 12 μήνες, η σεξουαλική σας ζωή είναι προσεκτική και ασφαλισμένη από μεταδοτικές ασθένειες; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
(αυτό ερμηνεύεται σαν η ύπαρξη σταθερού ερωτικού συντρόφου ή σε περίπτωση πολλαπλών συντρόφων, η χρήση προφυλακτικού).  
B4 Κάνατε ποτέ ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ή άλλης ουσίας χωρίς ιατρική συνταγή; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
B5 Έχετε καταναλώσει αλκοόλ τις τελευταίες 8 ώρες; ΝΑΙ  ΟΧΙ

### Γ. ΥΓΕΙΑ

Γ1 Σας έχουν πει ποτέ ότι δεν μπορείτε να δίνετε αίμα; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Γ2 Νοιώθετε καλά σήμερα; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Γ3 Επισκεφθήκατε γιατρό/οδοντίατρο, την τελευταία εβδομάδα; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Γ4 Εγχείρηση ή άλλη επεμβατική πράξη (π.χ. γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, στεφανιογραφία), τον τελευταίο χρόνο; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Γ5 Εγκυμοσύνη, τοκετό, θηλασμό, τον τελευταίο χρόνο; (μόνο για γυναίκες) ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Γ6 Πόσες συνολικά εγκυμοσύνες είχατε; (μόνο για γυναίκες)   
Γ7 Λήψη φαρμάκων, έστω και ασπιρίνης, την τελευταία εβδομάδα; Αναφέρετε ποια  ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Γ8 Μακροχρόνια θεραπευτική αγωγή, οποιαδήποτε στιγμή της ζωής σας; Αναφέρετε ποια  ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Γ9 Αντιμετωπίσατε ποτέ ιατρικό πρόβλημα, σοβαρή νόσο, χρόνια πάθηση; Αναφέρετε ποια  ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Γ10 Είχατε ποτέ επιληπτικές κρίσεις, λιποθυμίες ή κρίσεις πανικού; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Γ11 Έχετε έλλειψη του ενζύμου G6PD (αλλεργία στα κουκιά, ναφθαλίνη, ασπιρίνη); ΝΑΙ  ΟΧΙ

**Δ. ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ**

<b>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες:</b>		<b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/>	<b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>
Δ1	Είχατε κάποια ασθένεια, μόλυνση, γρίπη ή πυρετό αγνώστου αιτιολογίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ2	Κάνατε εμβολιασμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Τους τελευταίους 6 μήνες:</b>		<b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/>	<b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>
Δ3	Κάνατε βελονισμό / τατουάζ / τρύπημα για σκουλαρίκι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ4	Είχατε ατύχημα με ιατρική βελόνα/ήρθατε σε επαφή με αίμα άλλου ατόμου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ5	Δεχτήκατε μετάγγιση παραγώγων αίματος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Οποιαδήποτε στιγμή στη ζωή σας:</b>		<b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/>	<b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>
Δ6	Ασθενήσατε με ηπατίτιδα, σύφιλη, ελονοσία ή άλλο σοβαρό μεταδοτικό νόσημα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ7	Ήρθατε σε επαφή, στο άμεσο περιβάλλον σας, με φορέα ή ασθενή ηπατίτιδας Β ή Γ ή AIDS(ιός HIV);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ8	Σκεφτήκατε ποτέ να δώσετε αίμα, απλά για να κάνετε αναλύσεις για μεταδοτικές ασθένειες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ9	Κάνατε μεταμόσχευση κερατοειδούς χιτώνα ή σκληράς μήνιγγας του εγκεφάλου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ10	Λάβατε αυξητική ορμόνη ή γοναδοτροπίνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ11	Υπήρχε σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια (ασθένεια των τρελών αγελάδων) στο περιβάλλον σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ12	Κάνατε μετάγγιση παραγώγων αίματος στο Ηνωμένο Βασίλειο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ε. ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ**

Έλαβα γνώση όλων των απαραίτητων πληροφοριών και είχα τη δυνατότητα να υποβάλω ερωτήσεις και να λάβω ικανοποιητικές απαντήσεις. Αποδέχομαι τη διαδικασία αιμοδοσίας και τον έλεγχο του αίματος μου για μολυσματικές ασθένειες. Δηλώνω ότι το προϊόν της αιμοδοσίας μου, είναι στη διάθεση του Κέντρου Αίματος για μετάγγιση σε όποιο ασθενή το χρειαστεί. Απάντησα ειλικρινά τις ερωτήσεις και με βάση αυτά που γνωρίζω, βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχω δώσει είναι ακριβείς.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ \_\_\_\_\_

**ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ****ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ**

Έλεγχος Αιμοσφαιρίνης \_\_\_\_\_ (gr/dl) Υπογραφή \_\_\_\_\_

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ :**

ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ  ΑΥΤΟΛΟΓΗ  ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ  ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗ

Αρτηριακή Πίεση (Συστ./Διαστ.) \_\_\_\_\_ mm/Hg

Θερμοκρασία \_\_\_\_\_ °C Βάρος \_\_\_\_\_ Kg

ΔΕΚΤΟΣ  ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ: ΜΟΝΙΜΟΣ  ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΣ  Περίοδος

Σχόλια \_\_\_\_\_

Φαινόμενα Αντίδρασης \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ \_\_\_\_\_

**ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ****ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ ΒΟΗΘΩΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ**

Εγγραφή \_\_\_\_\_ Επικόλληση ετικετών \_\_\_\_\_

Φλεβική Παρακέντηση \_\_\_\_\_ Αφαίρεση Βελόνας \_\_\_\_\_

Διακοπή Αιμοδοσίας \_\_\_\_\_ Ποσότητα \_\_\_\_\_

2<sup>η</sup> Φλεβική Παρακέντηση \_\_\_\_\_ Αφαίρεση Βελόνας \_\_\_\_\_

Διακοπή Αιμοδοσίας \_\_\_\_\_ Ποσότητα \_\_\_\_\_