



A/A

ISBT

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

Αριθμός Ταυτότητας Ημερ. Γέννησης
Επώνυμο Όνομα
Διεύθυνση Τ.Κ.
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 Ταξιδέψατε 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
B4 Κάνατε ποτέ εργαστηριακή εξέταση για HIV, με δική σας πρωτοβουλία; ΝΑΙ ΟΧΙ
B5 Κάνατε ποτέ ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ή άλλης ουσίας χωρίς ιατρική συνταγή; 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 ιατρική επεμβατική πράξη, τον τελευταίο χρόνο; ΝΑΙ ΟΧΙ
Γ5 Εγκυμοσύνη, τοκετό, θηλασμό, τον τελευταίο χρόνο; ΝΑΙ ΟΧΙ
Γ6 Λήψη φαρμάκων/ασπιρίνης; Καθημερινή βάση ΝΑΙ ΟΧΙ
Τελευταία βδομάδα ΝΑΙ ΟΧΙ
Γ7 Αντιμετωπίσατε ποτέ: Χρόνια πάθηση/ιατρικό πρόβλημα/σοβαρή νόσο: ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ σημειώστε:
Καρδιά Νεφρά Πνεύμονες Εγκεφαλικό Διαβήτη Αιματολογικά
Συκώτι Στομάχι Δερματικά Κακοήθειες Υπέρταση Πήξη Αίματος
Αναιμία Ίκτερο Αλλεργίες Αυτοάνοσα Ελκώδη κολίτιδα
Επιληπτική Κρίση / Λιποθυμίες Μεταδοτικό Νόσημα Άλλο

Δ. ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες:

Δ1 Είχατε κάποια ασθένεια ή μόλυνση, γρίπη, πυρετό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες:

Δ2 Εμφανίστηκε μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας (εργασιακό, οικογενειακό, φιλικό); ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ3 Κάνατε εμβολιασμό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Τους τελευταίους 6 μήνες:

Δ4 Κάνατε βελονισμό / τατουάζ / τρύπημα για σκουλαρίκι; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ5 Είχατε ατύχημα με βελόνα/ήρθατε σε επαφή με αίμα άλλου ατόμου; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ6 Κάνατε μετάγγιση παραγώγων αίματος; ΝΑΙ ΟΧΙ

Οποιαδήποτε στιγμή στη ζωή σας:

Δ7 Ασθενήσατε με ηπατίτιδα, σύφιλη, ελονοσία; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ8 Ήρθατε σε επαφή, στο άμεσο περιβάλλον σας, με φορέα ή ασθενή ηπατίτιδας Β ή Γ ή AIDS(ιός HIV); ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ9 Κάνατε μεταμόσχευση κερατοειδούς χιτώνα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ10 Λάβατε αυξητική ορμόνη ή γοναδοτροπίνη; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ11 Υπήρχε σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια (ασθένεια των τρελών αγελάδων) στο περιβάλλον; ΝΑΙ ΟΧΙ

Ε. ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

Έλαβα γνώση των απαραίτητων πληροφοριών και αποδέχομαι την αιμοδοσία και τον έλεγχο του αίματος μου για μεταδοτικές ασθένειες. Απάντησα ειλικρινά στις ερωτήσεις και δηλώνω ότι το αίμα μου είναι στη διάθεση του Κέντρου Αίματος, για κάθε ασθενή που το χρειάζεται. Συμφωνώ να λαμβάνω ηλεκτρονικές ταχυδρομικές ενημερώσεις για αιμοδοσία.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ _____

Σύμφωνα με τον περί Αιμοδοσίας Νόμο του 1997 έως 2014 (Τροποποιητικός)

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

Έλεγχος Αιμοσφαιρίνης _____ (gr/dl) Υπογραφή _____

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ :

ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗ

Αρτηριακή Πίεση (Συστ./Διασυστ.) _____ 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^η Φλεβική Παρακέντηση _____ Αφαίρεση Βελόνας _____

Διακοπή Αιμοδοσίας _____ Ποσότητα _____