



A/A

ISBT

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ**

Αριθμός Ταυτότητας	<input type="text"/>	Ημερ. Γέννησης	<input type="text"/>
Επώνυμο	<input type="text"/>	Όνομα	<input type="text"/>
Διεύθυνση	<input type="text"/>	T.K.	<input type="text"/>
Τηλέφωνα	<input type="text"/>	Επάγγελμα	<input type="text"/>

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

A1	Ομάδα Αίματος	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>	AB <input type="checkbox"/>	Rh(+) <input type="checkbox"/>	Rh(-) <input type="checkbox"/>
A2	Έχετε το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>						
A3	Ξαναδώσατε αίμα; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		A4	Τελευταία αιμοδοσία <input type="text"/>			
A5	Αιμοδοτικό Σύνολο <input type="text"/>						

B. ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

B1	Γεννηθήκατε ή ζήσατε εκτός Κύπρου για συνεχή περίοδο πέραν των 6 μηνών;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΧΩΡΑ <input type="text"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
B2	Ταξιδέψατε εκτός Κύπρου τους τελευταίους 6 μήνες;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΧΩΡΑ <input type="text"/>	ΠΕΡΙΟΔΟΣ <input type="text"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B3	Τους τελευταίους 12 μήνες, η σεξουαλική σας ζωή είναι προσεκτική και ασφαλισμένη από μεταδοτικές ασθένειες;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B4	Κάνατε ποτέ εργαστηριακή εξέταση για AIDS, με δική σας πρωτοβουλία;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B5	Κάνατε ποτέ ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ή άλλης ουσίας χωρίς ιατρική συνταγή;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Γ. ΥΓΕΙΑ

Γ1	Σας έχουν πει ποτέ ότι δεν μπορείτε να δίνετε αίμα;					ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Γ2	Νοιώθετε καλά σήμερα;					ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Γ3	Επισκεφθήκατε γιατρό/οδοντίατρο, την τελευταία εβδομάδα;					ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Γ4	Εγχείρηση ή άλλη ιατρική επεμβατική πράξη, τον τελευταίο χρόνο;					ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Γ5	Εγκυμοσύνη, τοκετό, θηλασμό, τον τελευταίο χρόνο;					ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Γ6	Λήψη φαρμάκων/ασπιρίνης; Καθημερινή βάση Τελευταία βδομάδα					ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
						ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Γ7	Αντιμετωπίσατε ποτέ: Χρόνια πάθηση/ιατρικό πρόβλημα/σοβαρή νόσο: Αν ΝΑΙ σημειώστε:					ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	Καρδιά <input type="checkbox"/>	Νεφρά <input type="checkbox"/>	Πνεύμονες <input type="checkbox"/>	Εγκεφαλικό <input type="checkbox"/>	Διαβήτη <input type="checkbox"/>	Αιματολογικά <input type="checkbox"/>	
	Συκώτι <input type="checkbox"/>	Στομάχι <input type="checkbox"/>	Δερματικά <input type="checkbox"/>	Κακοήθειες <input type="checkbox"/>	Υπέρταση <input type="checkbox"/>	Πήξη Αίματος <input type="checkbox"/>	
	Αναιμία <input type="checkbox"/>	Ίκτερο <input type="checkbox"/>	Αλλεργίες <input type="checkbox"/>	Αυτοάνοσα <input type="checkbox"/>		Ελκώδη κολίτιδα <input type="checkbox"/>	
	Επιληπτική Κρίση / Λιποθυμίες <input type="checkbox"/>			Μεταδοτικό Νόσημα <input type="checkbox"/>		Άλλο <input type="checkbox"/>	

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 σας; 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 τηλεφωνικές/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./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^η Φλεβική Παρακέντηση _____ Αφαίρεση Βελόνας _____

Διακοπή Αιμοδοσίας _____ Ποσότητα _____