

# DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVE

Uherskohradišťská nemocnice a. s., J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště  
telefon: 572 529 111, e-mail: nemuh@nemuh.cz, IČ: 27 66 09 15  
[www.nemuh.cz](http://www.nemuh.cz)  
Hematologicko - transfuzní oddělení



Vážení dárci,  
děkujeme, že jste se rozhodli darovat krev na naší transfúzní stanici. Vyplňte, prosím, zodpovědně, úplně a pravdivě všechny údaje a otázky obsažené v tomto dotazníku. **Správnou odpověď označte kroužkem!**  
Před vyplněním dotazníku se prosím seznamte s „**Poučením dárce krve**“. Děkujeme Vám.

## Identifikační údaje dárce

Příjmení, jméno, titul: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_

Zaměstnavatel: \_\_\_\_\_ Ošetřující lékař: \_\_\_\_\_

## Odpovědnost dárce

- 1 Seznámil(a) jste se s poučením o rizikovém chování z hlediska darování krve rozumíte mu? ..... ano ne  
2 Patříte do některé ze 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 antikoncepcie)..... ano ne  
Jaké: \_\_\_\_\_  
5 Užil(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké jiné léky? (pravidelně užívané léky neuvádějte)..... ano ne  
Uveděte jaké: \_\_\_\_\_  
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 (např. nachlazení, průjmové 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

## Změny zdravotního stavu

V uplynulých 6 měsících jste:

- 12 Prodělal(a) transplantaci, operace, ošetření v nemocnici, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření (artroskopii, gastroskopii, kolonoskopii apod.), poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poraněním nebo sliznicí)?..... ano ne  
Jaké: \_\_\_\_\_ Kdy: \_\_\_\_\_  
13 Dostal(a) jste transfuzi krve?..... ano ne  
14 Absolvoval jste tetování, akupunkturu, propichování uší nebo piercing?..... ano ne  
15 Byl(a) jste očkován(a)?..... ano ne  
Proti čemu: \_\_\_\_\_  
16 Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí?..... ano ne  
Uveděte v jakém (infekce, záření, chemická rizika atd.):.....  
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?..... ano ne  
Jakým: \_\_\_\_\_  
20 Pobýval(a) jste v zahraničí?..... ano ne  
Kde (i krátkodobě, turistický pobyt):\_\_\_\_\_  
21 Pro ženy: Byla jste v posledním roce nebo jste nyní těhotná?..Kojíte ?..... ano ne

## Odběry krve v minulosti

- 22 Darujete krev nebo její složky poprvé? (pokud ano, otázky 23 a 24 nevyplňujte)..... ano ne  
23 Měl(a) jste po minulém odběru zdravotní komplikaci (např. mdloby, kolaps, větší modřinu, aj.)?..... ano ne  
24 Chodíte darovat i do jiného zdravotnického zařízení?..... ano ne  
25 Byl(a) jste někdy odmítnut(a) jako dárce-dárkyně krve?..... ano ne  
Uveděte důvod: \_\_\_\_\_

**Prodělané choroby - anamnéza** (od narození do dnešního dne)

- 26 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-Azár), Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, aj.)..... ano ne
- 27 Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak ..... ano ne
- 28 Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytemie, talasemie, aj.)..... ano ne
- 29 Nemoci zažívacího traktu (vředová choroba, záněty slinivky, střeva, aj.)..... ano ne
- 30 Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza, aj.)..... ano ne
- 31 Nemoci ledvin (záněty, kameny, kolika, aj.)..... ano ne
- 32 Nemoci dýchacích orgánů (astma, rozedma plic, chronický zánět průdušek, aj.)..... ano ne
- 33 Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis, aj.)..... ano ne
- 34 Nádorové onemocnění..... ano ne
- 35 Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, epilepsie, roztroušená skleróza, deprese, psychóza, aj.)..... ano ne
- 36 Operace a všechny větší úrazy; transplantace..... ano ne
- Jaké, kdy: \_\_\_\_\_
- 37 Transfuze krve?..... ano ne
- Kdy, kde (uveďte stát): \_\_\_\_\_
- 38 Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek?..... ano ne
- 39 Alergie, poruchy imunity, kožní onemocnění..... ano ne
- Jaké? \_\_\_\_\_
- 40 Bylo u Vás nebo v rodině zjištěno onemocnění Creutzfeldt-Jakobovou chorobou nebo její variantní formou?..... ano ne
- 41 Užíval(a) jste někdy následující léky: isotretinoin (např. Aknenormin), etretinát, acitretin (např. Neotigason), finasterid (např. Adafin, Finard, Penester), dutasterid (např. Avodart, Duster, Dutalan), aj.?..... ano ne
- 42 Byl(a) jste někdy léčen(a) růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy?..... ano ne
- 43 Byl(a) jste někdy léčen(a) pro alkoholismus nebo lékovou závislost?..... ano ne
- 44 Užíval(a) jste někdy drogy (zejména nitrožilní aplikace), případně injekční léky nepředepsané lékařem (anabolika, steroidy apod.)?..... ano ne
- 45 Narodil(a) jste se nebo žil(a) jste v zahraničí? ..... ano ne
- Uveďte kde: \_\_\_\_\_
- 46 Pobýval(a) jste v období 1980-1996 celkem déle než 6 měsíců ve Velké Británii nebo Francii ?..... ano ne
- 47 Máte zaměstnání nebo koníčka se zvýšenou tělesnou zátěží nebo nároky na pozornost (řidič z povolání, pilot, 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 (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 považuju za vhodného dárce, jehož krev neohrozí zdraví příjemce.**

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) u s p o k o j i v o u o d p o v ě d ě. Byl(a) j s e m p o u č e n ( a ) o m o ž n o s t i d i s k r é t n í h o s a m o v y l o u c e n i . Souhlasím s vyšetřením mé krve vsemi 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 odebrána krev použita v rámci zdravotní péče k jiným než transfúzním 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 osobní údaje a údaje o mému zdravotnímu stavu budou evidovány při dodržování povinné mlčenlivosti dle platného zákona a při dodržování zásad lékařského tajemství budou využívány v rámci transfúzní 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 oceňování 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.

VYHOVUJE

NEVYHOVUJE

V Uherském Hradišti dne:\_\_\_\_\_

jméno a podpis lékaře

podpis dárce