

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTOS DEL DONANTE:

No me encuentro en ninguna de las situaciones que excluyen de la donación de sangre y he tenido la oportunidad de pedir información y de autoexcluirme. He recibido información sobre el destino de mi donación de sangre y sobre los efectos secundarios que puedo presentar en relación con la donación de sangre. No he recibido dinero u otra compensación para donar sangre. Declaro que contesté sinceramente todas las preguntas. Consiento expresamente que se me efectúen las pruebas necesarias para detectar Infecciones Transmisibles por Transfusión mencionadas en el Documento para la autoexclusión pre donación, y que los datos de esta donación se incorporen al Registro de Donantes de Sangre (REDOS). Dejo constancia de haberseme asegurado debida confidencialidad de los resultados de los estudios, autorizando se me cite para ser informado personalmente por los médicos en caso de alguna anomalía.

Nombre y Apellido del donante: _____

Firma: _____

Nombre y Apellido del responsable de la entrevista: _____

Firma: _____

DATOS CLÍNICOS DEL DONANTE:

Hto/Hb _____ TA _____ Pulso _____ Temp _____
 Peso _____ Inspección del brazo _____
 Observaciones _____

Operador: _____

ADMITIDO EN CONSULTORIO: Si No

Causa médica definitiva Cod. _____

Causa médica temporaria Cod. _____

Observaciones: _____

 Firma y sello del personal que realizó la entrevista

EXTRACCIÓN

Tipo de bolsa _____ N° de lote _____ N° segmento _____

Anticoagulante _____

Brazo: D ___ I ___ Dificultad en la extracción: Si No (Códigos SD, RV, Ag, T, Bo, Lp)

Tolerancia al procedimiento: B ___ Reg ___ M ___ Tipo de reacción (Cód: He-1-2)

Peso de la bolsa: _____ Hora de extracción _____ Muestras: Si No

Operador: _____

NOTA: SD (se retira sin donar) - RV (red venosa) - Ag (aguja) - T (tubuladura) - Lp (lipotimia) - He (hematoma) - 1 (leve-moderada) - 2 (severa)

 Firma y sello del Médico Responsable de la Hemodonación

INFORMACIÓN PARA EL DONANTE

Estimado/a donante de sangre:

Por favor, lea atentamente esta información antes de donar sangre. Agradecemos su colaboración para ayudar a alguien que lo necesita. La Ley Nacional de Sangre (N° 22.990) vigente en Argentina establece que la donación de sangre es un acto voluntario y desinteresado. Si bien el equipo de salud puede solicitar la colaboración de los receptores o sus familiares para difundir la necesidad permanente de donaciones voluntarias, nadie debe ser obligado a donar sangre bajo ninguna circunstancia. Tampoco se deben condicionar las prácticas sanitarias a la presentación de donantes. Muchas personas necesitan transfusiones por diferentes motivos. Por eso es preciso contar con una gran cantidad de sangre y procurar que sea lo más segura posible. Si usted se encuentra en buen estado de salud y no ha estado expuesto a ninguna de las situaciones que se describen en el "Documento para la autoexclusión pre donación", le pedimos que considere la posibilidad de donar sangre frecuentemente. En ese sentido, es importante aclarar que los hombres pueden donar sangre hasta 4 veces al año y las mujeres hasta 3 veces en el mismo periodo de tiempo. Deben transcurrir al menos dos meses entre donación y donación. Los donantes deben firmar un consentimiento y sus datos son de carácter confidencial. Luego de la extracción, su sangre será analizada. Para completar el estudio de laboratorio es importante saber si existieron eventuales situaciones de riesgo de infecciones, debido a la existencia del llamado periodo ventana, que es el intervalo de tiempo entre el momento en que ocurre una infección y el momento en que puede ser detectada con pruebas de laboratorio. Durante ese tiempo la persona no tiene síntomas, pero el agente infeccioso está presente en su sangre y si dona existe elevado riesgo de que sea transmitido a la persona que recibirá la transfusión. El siguiente "Documento para la autoexclusión pre donación" brinda información sobre las diversas situaciones y/o prácticas sexuales consideradas de "riesgo incrementado". Le pedimos que las lea atentamente y considere si pudo haber estado expuesto a alguna de ellas. En caso de que así sea, le pedimos que NO done su sangre. En caso de duda, consulte al personal de salud. Si usted cree que podría tener alguna infección, le pedimos que NO DONE sangre a los fines de que se le realicen análisis. Si tiene dudas, simplemente consulte y se le brindará información sobre lugares y horarios de testeo gratuito y confidencial. Si viene acompañado y después de leer la información piensa que su sangre no es segura pero se siente obligado a donar para mantener su privacidad frente a quien lo acompaña, por favor marque en la ficha confidencial que se le entregará después de haber donado, que no debemos utilizar su sangre. El equipo de salud sabrá comprender la situación. Si después de haber donado percibe algún síntoma o cree que puede existir algún riesgo de infección (porque se entera de que su pareja sexual tiene una infección, porque presenta fiebre, diarrea, vómitos, lesiones en la piel, etc.), comuníquese con el Banco de Sangre para informarlo y que su sangre no sea utilizada. Es importante que usted sepa que para dos de las hepatitis, la A y la B, existen vacunas y el Estado las administra gratuitamente.

RECUERDE QUE:

- El material utilizado es descartable, por lo que no puede transmitir ninguna enfermedad.
- La información es confidencial y será resguardada por el centro de donación.
- Ante cualquier anomalía detectada, será notificado y debidamente asesorado.

CUIDADOS POSTDONACIÓN:

- Beba abundante líquido durante todo el día.
- Si tiene inflamación, dolor o sangrado en el sitio de la punción luego de retirarse, coloque hielo y comuníquese con el centro de colecta.
- Si realiza actividades laborales en altura, conduce vehículos o practica deportes de riesgo y se sintió mareado luego de la donación, espere hasta sentirse totalmente recuperado antes de retomar la actividad.
- Puede ocurrir que este incubando alguna enfermedad, si tiene fiebre, diarrea, vómitos u otro signo en las 72 hs. posteriores a la donación, comuníquese con el centro, para informarlo.

Número de donación: _____ Fecha de extracción: / / Código Colecta: _____

DATOS PERSONALES DEL DONANTE

Apellidos y Nombres: _____

DNI/CI/LE/LC/ N° de Pasaporte _____ Fecha de Nac. _____ Edad _____ Sexo _____

Domicilio Actual _____ Localidad _____

Provincia _____ Cod Postal _____ Entre calle _____ y _____

Lugar de Nacimiento _____ Tel. particular _____ Tel. celular _____

Dirección de e-mail _____ Ocupación _____

Paciente _____ internado en _____

¿Es familiar del paciente? _____ Vinculo _____

Estaría interesado en recibir información sobre las colectas: Si No

Por que medio: Correo Electrónico Móvil Teléfono Carta

DOCUMENTO PARA LA AUTOEXCLUSIÓN PREDONACIÓN.

SI UD. SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES, NO DEBE DONAR SANGRE:

- **Tiene o le han dicho que sus análisis son positivos para VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Chagas, Brucelosis, Sifilis o el virus HTLV I-II.** Todas ellas son infecciones transmisibles por sangre. Si Ud. padece alguna, podría transmitirse a la persona que recibe la transfusión.
- **Se encuentra en tratamiento de hemodiálisis y/o recibe regularmente transfusiones de componentes o derivados de la sangre.**
- **Practica sexo a cambio de dinero o drogas.** Estas prácticas se consideran de riesgo incrementado porque la persona podría potencialmente verse bajo coacción e impedida de cuidarse por exigencia de quien le paga o suministra droga.

USTED NO DEBE DONAR SANGRE SI EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ESTUVO EXPUESTO A ALGUNA/S DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES DE RIESGO:

- **Tuvo una relación sexual (oral, vaginal o anal) sin utilizar preservativo o campo de látex con una persona que usted desconoce si tiene infecciones de transmisión sexual.** El preservativo y el campo de látex son los únicos métodos disponibles para prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual durante las relaciones sexuales. Las relaciones sexuales desprotegidas son de riesgo incrementado.
- **Tuvo una relación sexual estando circunstancialmente bajo el efecto de alcohol o cualquier sustancia psicoactiva, con una persona que usted desconoce si tiene infecciones de transmisión sexual.** El consumo de alcohol o de otras sustancias puede disminuir su habilidad para evaluar y evitar posibles situaciones de riesgo, facilitando su exposición (por falta de uso o uso incorrecto de preservativo o campo de látex). En ese estado, mantener relaciones sexuales con una persona que usted desconoce si tiene alguna infección de transmisión sexual es una práctica de riesgo incrementado para la donación de sangre.
- **Tuvo relaciones sexuales con personas que tienen virus de VIH, Hepatitis o HTLV I-II, incluso si usó preservativo o campo de látex.**
- **Tuvo relaciones sexuales con personas que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente, incluso si usó preservativo o campo de látex.**
- **Tuvo una relación sexual con personas que cambian muy frecuentemente de pareja sexual, incluso si usó preservativo o campo de látex.**
- **Tuvo relaciones sexuales entre más de dos personas al mismo tiempo, que usted desconoce si tienen infecciones de transmisión sexual, incluso si usó preservativo o campo de látex.** Las relaciones sexuales entre más de dos personas, así sea una pareja o varias parejas, cuando usted no sabe si alguna de ellas tiene alguna infección de transmisión sexual, se consideran de riesgo incrementado para la donación de sangre. En diferentes situaciones el profiláctico o campo de látex, a causa de un uso incorrecto, pueden transformarse en vehículo de contacto entre las mucosas de varias personas. Piense por ejemplo, que un mismo profiláctico o campo de látex, puede trasportar saliva o flujo o secreciones de una persona a otra. Recuerde que la Hepatitis B y la Sifilis se transmiten también por la saliva, el flujo y el semen, además de la sangre.
- **Tuvo relaciones sexuales ocasionales en zonas con alta prevalencia de VIH, incluso si usó preservativo o campo de látex.**
- **Usó drogas inyectables o se inyectó otras sustancias (hormonas para aumentar la musculatura u otras).** Compartir jeringas con otras personas incrementa considerablemente el riesgo de transmisión. Particularmente las situaciones de consumo disminuyen la habilidad de las personas para evaluar riesgos.
- **Consumió cocaína, pasta base u otras drogas que se inhalan o aspiran.** Compartir con otras personas los elementos utilizados habitualmente para consumir ciertas drogas (“canutos”, “pipas”, etc.) incrementa considerablemente el riesgo de transmisión.

NO HACE FALTA QUE CONTESTE ESTAS PREGUNTAS. SI SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRIPTAS, NO DEBE DONAR SANGRE. SI TIENE DUDAS, POR FAVOR, CONSULTE AL PERSONAL O ABANDONE LA SALA, SI LO DESEA.

Condiciones básicas para la donación	Si	No	Donaciones anteriores	Si	No
¿Es mayor de 18 años y pesa más de 50Kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fue rechazado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo alguna reacción post-donación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es mujer, ¿está embarazada o lo ha estado en las últimas 8 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugar y fecha de la última donación: _____		
¿Tuvo embarazos previos? ¿Cuántos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

CUESTIONARIO PERSONAL

Comprensión de la información al donante

¿Se le ha proporcionado información escrita para su autoexclusión pre-donación?

¿Ha comprendido las situaciones descritas en el documento para autoexclusión?

(en caso de dudas, pregunte a los profesionales que le atenderán)

Precaución en las próximas 12 horas

¿Debe realizar alguna actividad laboral o deportiva de riesgo (trabajo en altura, escalada, etc.) o conducir un vehículo de transporte público?

Medicación

¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún medicamento?

¿Ha tomado alguna vez Etreinato o alguna otra droga para psoriasis?

¿Está tomando medicación para la próstata?

¿Tomó aspirina o analgésicos en los últimos 3 días?

En las últimas 2 semanas

¿Ha presentado fiebre, acompañada de dolor de cabeza y malestar general?

¿Ha visitado al dentista?

En el último mes

¿Ha recibido alguna vacuna?

¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad?

En los últimos 6 meses

¿Ha asistido a la consulta de algún médico o ha estado hospitalizado?

¿Ha sido sometido a algún tipo de cirugía y/o endoscopia?

En los últimos 12 meses

¿Se realizo tatuajes, colocación de Piercing o acupuntura?

¿Tuvo algunas de las relaciones y/o prácticas sexuales de “riesgo incrementado” descritas en el documento para autoexclusión?

¿Estuvo en contacto con sangre o fluidos corporales a través de piel o mucosa lesionada?

¿Recibió sangre, componentes o algún trasplante?

¿Convive o ha convivido, con alguien que padeciera hepatitis o ictericia?

En alguna ocasión, en el transcurso de su vida

¿Ha padecido alguna enfermedad grave que exigió control médico periódico?

¿Ha padecido hepatitis, ictericia o problemas de hígado?

¿Ha sufrido alguna enfermedad grave de pulmón, cerebro, riñón, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones?

¿Ha padecido problemas de corazón o de la presión sanguínea?

¿Padece diabetes tratada con insulina de origen animal?

¿Ha padecido algún tipo de cáncer?

¿Ha tenido hemorragias o alguna afección de la sangre como anemia o leucemia?

¿Se inyectó o se inyecta drogas intravenosas ilegales o aspira cocaína regularmente?

¿Ha recibido hormona de crecimiento de origen humano (antes de 1987)?

¿Ha recibido tejido procedente de otra persona (duramadre, córnea, otros)?

¿Usted o algún familiar sufre o ha sufrido la enfermedad de Creutzfeldt- Jakob?

¿Tuvo paludismo en los últimos 3 años o estuvo en el último año en países donde existe la enfermedad?

¿Le han dicho que tiene análisis positivos para VIH-SIDA, Hepatitis B o C, virus HTLV I-II, Chagas, brucelosis o sifilis?

Estancias en el extranjero

¿Ha residido en un país extranjero?

¿Ha vivido durante más de un año (sumando todos los períodos de permanencia) en el Reino Unido entre 1980 y 1996?