

KRAUJO IR KRAUJO SUDĖTINIŲ DALIŲ DONORŲ APKLAUSOS ANKETA

Kiekvieną kartą prieš duodamas kraujo ar kraujo sudėtinių dalių donoras privalo užpildyti šią anketą, o kilus klausimų, kreiptis į kraujo donorystės įstaigos gydytoją.

Donoro vardas, pavardė _____

		Taip	Ne
1.	Ar gerai jaučiatės?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ar per paskutinių dvejų metų laikotarpį netikėtai, be aiškios priežasties buvo:		
	- sumažėjęs svoris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- karščiavimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- viduriavimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- išberta oda, gleivinės, lūpos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- padidėję limfmazgiai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ar paskutinį mėnesį vartojote vaistus, buvote skiepijamas, lankėtės pas odontologą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ar skaitėte, žinote bei suprantate, kas yra AIDS, hepatitas bei saugus seksas ir tai, kad partneris gali užkrėsti hepatitu, nors pats niekada nesirgo gelta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ar per paskutinius 12 mėnesių turėjote lytinių santykių su partneriu:		
	- infekuotu žmogaus imunodeficitu ar hepatitų virusais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- vartojusiu injekcinius narkotikus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- gaunančiu atlygį (ypač pinigais ar narkotikais) už lytinius santykius?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sergančiu hemofilija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ar kada nors vartojote narkotines medžiagas, ypač injekcines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ar kada nors turėjote lytinių santykių už pinigus ar narkotikus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Klausimas vyrams: ar turėjote santykių su kitais vyrais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Klausimas moterims: ar manote, kad lytinis partneris galėtų turėti santykių ir su vyrais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ar per paskutinius 12 mėnesių:		
	- buvote tirtas mediciniškai, operuotas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- vėrėte auskarus, darėte tatuiruotę ar buvote gydomas akupunktūra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- buvo perpilti kraujo komponentai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Klausimas moterims: ar esate (buvote per paskutinius 12 mėnesių) nėščia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ar turite giminių, sergančių Kroicfeldo-Jakobo liga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ar buvote gydytas preparatais, pagamintais iš žmogaus ar gyvūnų organų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ar per paskutinius 12 mėnesių buvote kardomojo kalnimo ar laisvės atėmimo vietoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ar turėjote buitinių santykių su asmenimis, infekuotais žmogaus imunodeficitu ar hepatito virusais (šeimoje, darbe, tarp draugų)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Kur gimėte? _____		
17.	Ar gyvenote užsienyje? Kur ir kiek laiko? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ar buvote išvykęs į užsienį? Kur ir kiek laiko? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ar kada nors sirgote:		
	- gelta, maliarija, tuberkulioze, reumatine karštlige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- širdies ir kraujagyslių ligomis, padidėjusio kraujospūdžio ligomis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- alergija, astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- nervų sistemos ligomis, ar buvo traukulių, sąmonės sutrikimų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- lėtinėmis ligomis (cukralige, piktybiniais susirgimais, skrandžio opa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- kraujo ligomis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- lytiškai plintančiomis ligomis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ar dirbate rizikingą darbą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ar kada nors buvote atsisakę duoti kraujo ar jo sudėtinių dalių?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ar kada nors buvo atsisakyta imti kraują ar jo sudėtinę dalis iš Jūsų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Ko pageidaujate duoti:		
	- kraujo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- plazmos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- trombocitų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- eritrocitų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dvigubą eritrocitų dozę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patvirtinu, kad perskaičiau ir supratau pateiktą mokomąją medžiagą, turėjau galimybę užduoti klausimų, gavau tinkamus atsakymus į visus užduotus klausimus ir pagal pateiktą informaciją sutinku tęsti kraujo ar jo sudėtinių dalių davimo procesą. Užtikrinu, kad visa mano pateikta informacija, mano turimais duomenimis, yra teisinga.

Donoras _____

(parašas, data)

Kraujo donorystės įstaigos gydytojas _____

(parašas, data)