СЛУЖБА ТРАНСФУЗИЈЕ КРВИ СРБИЈЕ

УПИТНИК ЗА ДАВАОЦА (ову страну попуњава службено лице)

Шиф. даваоца: |__|__|__|__|__|__| Крвна група: _____ Фенотип: _____

Име и презиме: _____ Име родитеља: _____

ЈМБГ: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Датум рођења. _____ Пол: |__|

Место: _____ Адреса: _____

Предузеће: _____ Занимање:_____

Тел.кућа._____ тел.посао_____ мобилни тел. _____

Датум давања: |__|__|__|__|__|__| Бр.претходних давања: _____ Наменско давање: Да Не

Тип давања: Стандардно |__| Аферезно |__|

Регистрација и пријем даваоца Потпис_____	**Бар код дара**
Одређивање хемоглобина/хематокрита Бакар сулфат|__| Хемоглобинметар|__| Нормалан |__| Очитана вредност_____ Низак |__|	**Одређивање крвне групе на плочици** **А Б АБ О** Потпис_____
Лекарски преглед плућа _____срце_____ ТА_____/ _____ ТТ_____ТВ_____ тип кесе_____ Напомена:_____	**Давалац** Прихваћен Одбијен Разлог одбијања_____ Потпис лекара_____
Припрема кесе Потпис_____	**Број лота кесе**

Венепункција

место пункције	количина узете крви
- лева рука |__|	405-495ml |__|
- десна рука |__|	< 405 ml |__|
	> 495 ml |__|

Почетак давања: _____сати_____ мин

Завршетак давања: _____сати_____ мин

Разлог превременог прекида давања _____

Потпис: _____

ПОПУЊАВА ДАВАЛАЦ

Молимо вас да прочитате упитник и искрено одговорите на свако питање
Упитник је важан због очувања вашег здравља и сигурности трансфузиолошког лечења болесника
Ваши одговори, као и сви остали подаци о вама су потпуно поверљиви (лекарска тајна) и користиће се само за потребе трансфузиолошке службе

1.	Да ли сте икада до сада давали крв?	ДА	НЕ
2.	Да ли сте икада били одбијени као давалац крви?	ДА	НЕ
3.	Да ли се тренутно осећате здравим и способним да дате крв?	ДА	НЕ
4.	Да ли сматрате да сте се довољно наспавали?	ДА	НЕ
5.	Да ли сте нешто јели пре доласка на давање крви?	ДА	НЕ
6.	Да ли се бавите опасним занимањем или хобијем?	ДА	НЕ
7.	Да ли узимате било какве лекове?	ДА	НЕ
8.	Да ли стално узимате Аспирин; да ли сте га узимали у последњих пет дана ?	ДА	НЕ
9.	Да ли сте до сада испитивани или лечени у болници?	ДА	НЕ
10.	Да ли сте сада на медицинском испитивању или боловању?	ДА	НЕ
11.	Да ли сте недавно вадили зуб?	ДА	НЕ
12.	Да ли сте у последњих 7 до 10 дана имали кијавицу, прехладу или узимали антибиотике?	ДА	НЕ
13.	Да ли сте недавно примили било коју вакцину или серум?	ДА	НЕ
14.	Да ли сте у последњих 6 месеци нагло изгубили на тежини?	ДА	НЕ
15	Да ли сте имали уболе крпеља и да ли сте се због тога јављали лекару?	ДА	НЕ
16.	Да ли сте икада лечени од падавице, шећерне болести, астме, туберкулозе, малигних обољења или маларије?	ДА	НЕ
17	Да ли болујете од неке друге хроничне болести: срца, плућа, бубрега, јетре, желуца и црева, костију и зглобова, нервног система, крви и крвних судова?	ДА	НЕ
18.	Да ли сте примали хормон раста или трансплантат тврде мождане опне или имате у породици оболеле од Кројцфелд Јакобсове болести (болести лудих крава)?	ДА	НЕ
19.	Да ли болујете од алергије?	ДА	НЕ
20.	Да ли дуго крварите после повреде или лако добијате модрице?	ДА	НЕ
21	Да ли сте у **протеклих 6 месеци**:		
	а) имали неку операцију или примили крв?	ДА	НЕ
	б) путовали или живели у иностранству?	ДА	НЕ
	в) имали акупунктуру, пирсинг или тетоважу?	ДА	НЕ
22.	Да ли сте пили алкохол у последњих 6 сати?	ДА	НЕ
23.	**Облици ризичних стања и понашања – за све даваоце крви**		
	а) Да ли сте боловали од жутице (хепатитиса) Б или Ц или мислите да можда сада имате хепатитис?	ДА	НЕ
	б) Да ли мислите да је постојала могућност да се заразите ХИВ-ом?	ДА	НЕ
	в) Да ли сте икада користили интравенске дроге или лек koji се званично не издаје на рецепт, укључујући и препарате за боди билдинг (одговорите са „да“ чак и ако је то било само једном и/или одавно)?	ДА	НЕ
	г) Да ли сте икада за пружање сексуалних услуга узимали новац или дрогу?	ДА	НЕ
	Да ли сте имали сексуалне односе током **протеклих 6 месеци :**		
	д) са особом која је ХИВ позитивна?	Не знам ДА	НЕ
	ђ) са особом koja има жутицу (хепатититс) Б или Ц или мисли да је некад имала ову жутицу?	Не знам ДА	НЕ
	е) са особом која је **икада** за пружање сексуалних услуга узимала новац или дрогу?	Не знам ДА	НЕ
	ж) са особом која је **икада** користила интравенске дроге?	Не знам ДА	НЕ
	з) са особом koja је дуже живела у иностранству или чешће путује у иностранство?	Не знам ДА	НЕ
	и) са особом која је имала аналне сексуалне односе?	Не знам ДА	НЕ
	ј) са особом чије Вам дотадашње сексуално понашање није познато?	Не знам ДА	НЕ
	к) да ли сте Ви имали аналне сексуалне односе током протеклих 6 месеци?	Не знам ДА	НЕ

За жене

24.	Да ли сте у другом стању?	ДА	НЕ
25.	Да ли тренутно имате менструацију?	ДА	НЕ
26.	Да ли сте имали прекид трудноће у последњих 6 месеци?	ДА	НЕ
27.	Да ли сте у последњих 6 месеци имали порођај?	ДА	НЕ

САГЛАСНОСТ ДАВАОЦА

- Прочитао/ла сам и разумео/ла сва питања и **тврдим са пуном одговорношћу да сам на сва питања одговрио/ла искрено**
- По мом сазнању нисам се излагао/ла ризику од инфекције
- Објашњено ми је да ће моја крв бити тестирана на болести које се преносе путем крви
- Сагласан/сагласна сам да будем обавештена и позвана на додатно тестирање уколико било који од тестова буде позитиван или сумњив
- Уверен сам да ће моја крв бити употребљена на најбољи начин и поносан/поносна сам што ћу некоме помоћи.

ХВАЛА ШТО ДАЈЕТЕ КРВ

Потпис даваоца_____