

# KRAUJO DONORŲ APKLAUSOS ANKETA

Forma Nr. 1/d

Kiekvieną kartą prieš duodamas kraujo ar jo sudėtinių dalių donoras privalo užpildyti šią anketa, o iškilus klausimams ar neaiškumams - 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 vartojo vaistus, buvote skiepijamas, lankėtės pas odontologą?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ar skaitėte, žinote bei suprantate, kas yra AIDS, hepatitai 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 imunodeficito 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 vartojo 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. 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 perpiltas kraujas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ar turite giminių, sergančių Krocifildo-Jakobo (CJD) liga?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ar buvote gydytas preparatais, pagamintais iš žmogaus ar gyvūnų organų?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ar nuo 1980 m. buvote Jungtinėje Karalystėje, Prancūzijoje 6 mėnesius ir ilgiau?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ar per paskutinius 12 mėn. buvote kardomojo kalinimo ar laisvės atėmimo vietoje?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ar turėjote buitinių santykių su asmenimis, infekuotais žmogaus imunodeficito ar hepatito virusais (šeimoje, darbe, tarp draugų)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kur gimėte?.....		
15. Ar gyvenote, buvote išvykęs į užsienį? Kur ir kiek laiko?.....		
16. Ar kada nors sirgote:		
• gelta, maliarija, tuberkulioze, reumatine karštligė?.....	<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"/>
17. Ar turite invalidumo grupę?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ar dirbate rizikingą darbą?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ar kada nors buvote atsisakę duoti kraujo, ar buvo atsisakyta imti kraują iš Jūsų? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ko pageidaujate duoti:		
• kraujo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• plazmos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• trombocitų? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Klausimai moterims:</b>		
21. Ar manote, kad lytinis partneris galėtų turėti lytinių santykių ir su kitais vyrais?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ar esate (buvote per paskutinius 12 mėnesių) nėščia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Klausimas vyrams:</b>		
23. Ar turėjote lytinių santykių su kitais vyrais?.....	<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.

\_\_\_\_\_  
Parašas, data

Kraujo donorystės įstaigos gydytojas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parašas, data