

KRAUJO DONORŲ APKLAUSOS ANKETA

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 dviejų 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 paskutinių mėnesių vartojote 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 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 kitais 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 perpiltas kraujas?	<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 Krocifildo-Jakobo (CJD) liga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ar buvote gydytas preparatais, pagamintais iš žmogaus ar gyvulių organų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ar per paskutinius 12 mėn. buvote kardomojo kalinimo ar laisvės atėmimo vietoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ar turėjote buitinių santykių su asmenimis, infekuotais žmogaus imunodeficito ar hepatito virusais (šeimoje, darbe, tarp draugų)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kur gimėte? _____		
17. Ar gyvenote, buvote išvykęs į užsienį? Kada, kur ir kiek laiko? _____		
18. 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"/>
19. Ar turite invalidumo grupę?	<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 buvo atsisakyta imti kraują iš Jūsų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ką pageidaujate duoti:		
• kraują?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• plazmą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• trombocitus?	<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 turimomis žiniomis yra teisinga.

Kraujo donorystės įstaigos gydytojas _____

Parašas, data

Parašas, data