

Nume: _____

Data: _____

Prenume: _____

CHESTIONAR

<p>1. Considerați că aveți o stare bună de sănătate?</p> <p>În ultima vreme ați avut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o pierdere în greutate neașteptată? - febră inexplicabilă? - tratament stomatologic, vaccinări? 	DA	NU
<p>2. Urmați vreun tratament medicamentos?</p>	DA	NU
<p>3. În ultimele 12 luni ați avut contact sexual cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un partener cu hepatită sau HIV pozitiv? - un partener ce se droghează prin injecție? - un partener care este plătit pentru sex? - parteneri multipli? <p>V-ați injectat vreodată droguri?</p> <p>Ați acceptat bani sau droguri pentru a întreține relații sexuale?</p> <p>Pentru bărbați: ați avut relații sexuale cu un alt bărbat?</p> <p>Pentru femei: a avut partenerul dvs. relații sexuale cu un alt bărbat?</p> <p>Ați schimbat partenerul (partenera) în ultimele 6 luni?</p> <p>Câți/câte parteneri/partenere ați avut în ultimele 6 luni?</p>	DA	NU
<p>4. De la ultima donare sau în ultimele 12 luni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ați făcut o intervenție chirurgicală sau investigații medicale? - ați făcut tatuaje, acupunctură, găuri pentru cercei? - ați fost transfuzat(ă)? <p>Pentru femei: - ați fost însărcinată?</p> <p>Data nașterii copilului:</p> <p>Data ultimei menstruații:</p>	DA	NU

5. V-ați născut, ați trăit sau ați călătorit în străinătate? Unde? Când?	DA	NU
6. Ați fost în detenție în ultimul an?	DA	NU
7. Ați fost expuși la hepatită (bolnavi în familie sau risc profesional)?	DA	NU
8. Ați suferit vreodată de: - icter, tuberculoză, febră reumatică, malarie? - boli de inimă, tensiune arterială mare sau mică? - accidente vasculare cardiace sau cerebrale? - astm? - convulsii, boli nervoase? - boli cronice (diabet, ulcer, cancer)? - boli transmisibile sexual? Sunteți fumător? Când ați consumat ultima dată alcool? Ce băuturi ați consumat? În ce cantitate?	DA DA DA DA DA DA DA DA	NU NU NU NU NU NU NU NU
9. Ați fost amânat sau refuzat la o donare anterioară?	DA	NU
10. Aveți pasiuni sau ocupații ce necesită atenție specială 24 de ore post donare (exemplu: șofer, alpinist, scafandru etc.)	DA	NU
Declar pe propria răspundere / Semnătura		
Semnătura persoanei care supraveghează completarea chestionarului		
Semnătura medicului din cadrul cabinetului de triaj		

În numele bolnavilor ce vor beneficia de acest sânge, vă mulțumim pentru nobilul dumneavoastră gest.