

KRAUJO IR KRAUJO SUDĖTINIŲ DALIŲ DONORŲ APKLAUSOS ANKETA

Kiekvieną kartą prieš duodamas kraujo ar kraujo sudėtinių dalių donoras privalo užpildyti šią anketa, 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 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 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 Krocifeldo-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 imunodeficito ar hepatito virusais (šeimoje, darbe, tarp draugų)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kur gimėte? _____		
17. Ar gyvenote užsienyje? Kur ir kiek laiko? _____		
18. Ar buvote išvykęs į užsienį? Kur ir kiek laiko? _____		
19. 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"/>
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 gydytoja _____
Parašas, data