

- ¿Ha recibido inmunoglobulina hiperinmune anti-hepatitis B? SI ☐ NO ☐
- ¿Se ha realizado tatuajes, perforaciones en la piel o tratamiento con acupuntura? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha recibido transfusiones de sangre o trasplante de órganos o tejidos? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido contacto accidental con sangre humana? SI ☐ NO ☐
- Si es hombre ¿Ha tenido contacto sexual con otros hombres? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha sido violado/a o sufrido de abuso sexual? SI ☐ NO ☐

En los últimos tres días

- ¿Ha tomado aspirinas o analgésicos? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha recibido tratamiento odontológico? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido diarrea y/o fiebre? SI ☐ NO ☐

Por favor responda con sinceridad

- ¿Está donando para que le hagan la prueba del SIDA? SI ☐ NO ☐
- ¿Recibió dinero o algún tipo de compensación para donar? SI ☐ NO ☐
- ¿Entendió todas las preguntas que se le formularon? SI ☐ NO ☐

ADMITIDO EN CONSULTORIO: SI ☐ NO ☐

FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL
QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA

CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO DEL DONANTE LEER ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

Hoy he concurrido a donar sangre u otro hemocomponente por mi libre y propia voluntad. Estoy en conocimiento que la donación de sangre es un acto solidario y altruista, por lo tanto, no he recibido ningún tipo de remuneración o incentivo (la compra o venta de sangre constituye un delito federal). Al hacerlo entiendo que mi sangre será sometida a análisis de laboratorio para detectar la exposición a infecciones que pueden ser transmitidas por sangre: Sífilis, Enfermedad de Chagas, Brucelosis, Hepatitis B y C, HIV/SIDA y HTLV I y II.

Voluntariamente autorizo que en caso de detección de cualquier hecho que esta institución considere relevante en relación a mi sangre se me notifique, al domicilio que he declarado. También entiendo que al existir el riesgo de transmitir enfermedades por mi sangre se registrará esta situación, y no debo donar en ningún establecimiento hasta tanto no exista una nueva autorización profesional especializada y que puedo ser transmisor de enfermedades aunque los análisis sean negativos.

He sido informado y he comprendido que durante o después de la donación, eventualmente, puedo sufrir una reacción inesperada y fortuita, como por ejemplo un hematoma alrededor del sitio de entrada de la aguja, la punción de una arteria, desmayo o pérdida temporal del conocimiento. Hoy también he leído la información pre y pos donación que se me ha brindado; he entendido todas las preguntas que se me han formulado en la entrevista médica personalizada sobre mi salud, mis hábitos sexuales y mis posibles adicciones a drogas; he tenido la oportunidad de consultar todo lo que he necesitado saber y me han respondido satisfactoriamente con términos comprensibles para mí. Dejo constancia que respondí a todas las preguntas con la verdad y con lo mejor de mi conocimiento. Es por ello que considero que estoy en condiciones de donar sangre u otro hemocomponente. (AFERESIS)

USTED PUEDE SER DONANTE VOLUNTARIO

En caso de necesidad autorizo a ser llamado para donar sangre u otro hemocomponente SI ☐ NO ☐

Firma del donante: _____ Fecha: _____
Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____
Aclaración: _____ DNI N°: _____

Firma y sello del médico
responsable del proceso
de hemodonación

DATOS CLINICOS DEL DONANTE

HT O/HB: _____ TA: _____ Pulso: _____ Temp: _____
Peso: _____ Inspección del brazo: _____
Observaciones: _____
Operador: _____

EXTRACCIÓN

Tipo de bolsa: _____ N° de lote: _____ Anticoagulante: CFDA-Otros: _____
Brazo usado: D I Dificultad en la extracción SI NO (Códigos: SD-RV-Ag-T-Bo-Lp)
Tolerancia al procedimiento: Buena Regular Mala Tipo de reacción: (Códigos: He-1-2)
Peso de la bolsa: _____ Hora de extracción: _____ Muestra: SI NO
Operador: _____

NOTA: SD (se retira sin donar) - RV (red venosa) - Ag (aguja) - T (tubuladura) - Bo (bolsa) - Lp (lipotimia)
He (hematoma) - 1 (leve-moderada) - 2 (severa)

FICHA DE DONACIÓN
(Pida su comprobante de donación)

Donante N°: _____

Fecha

--	--	--

DATOS PERSONALES DEL DONANTE

Apellidos/Nombres: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 DNI/C/LE/LC N° PASAPORTE: _____ Fecha Nac.: _____ Localidad: _____
 Domicilio actual: _____ Localidad: _____
 Domicilio DNI: _____
 Teléfono: _____ Código Postal: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Ocupación: _____
 Dona para paciente: _____
 Donación Autóloga: ☐ Aferesis ☐

Donaciones anteriores:	Fecha	Institución

Operador _____

ENTREVISTA PREDONACIÓN

- ¿Leyó atentamente los requisitos de la Planilla N° 1 para la donación? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha donado sangre en las últimas 8 semanas? SI ☐ NO ☐
- ¿Sufrió algún inconveniente con posterioridad a la donación? SI ☐ NO ☐
- ¿Lo han rechazado como donante de sangre o le dijeron que no puede donar? SI ☐ NO ☐
- ¿Se siente bien y "sano" hoy? SI ☐ NO ☐
- ¿Está tomando alguna medicación? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha padecido o padece enfermedades del corazón (infarto, angina de pecho, etc.)? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido enfermedad en los pulmones, tuberculosis o asma bronquial, está medicado? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido convulsiones, desmayos, ausencias o pérdidas de conocimiento? ¿padeció alguna vez de epilepsia, está medicado? SI ☐ NO ☐
- ¿Alguna vez le diagnosticaron cáncer? ¿Cual? _____ SI ☐ NO ☐
- ¿Recibió quimioterapia y/o radiaciones? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha recibido tratamiento con hormonas de crecimiento o hipofisarias? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido hemorragias y/o problemas de coagulación? SI ☐ NO ☐
- ¿Tiene SIDA o pruebas positivas para VIH? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido fatiga, sudoración nocturna o pérdida de peso inexplicable? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido ganglios, lesiones en la piel o mucosa? SI ☐ NO ☐
- ¿Padece de E. de Chagas? SI ☐ NO ☐
- ¿Tiene antecedentes de hipertensión arterial? SI ☐ NO ☐
- ¿Tomó medicación para el acné, soriasis o para la próstata (Accutane, Proscar, Tengisón o similar)? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha recibido tratamiento contra la rabia? SI ☐ NO ☐
- ¿Presenta o presentó alguna enfermedad no mencionada? ¿Cuál? _____ SI ☐ NO ☐
- Si es mujer**
- ¿Está embarazada? ¿Ha tenido un parto normal? ¿Cuándo? ¿Ha sufrido en el último año parto, aborto o cesárea? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido alguna vez relación sexual con un hombre que haya tenido contacto sexual con otro hombre? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido alguna vez Ictericia, (color amarillo de piel), hepatitis o pruebas positivas para hepatitis o enfermedad del hígado? SI ☐ NO ☐
- ¿Usó alguna droga ilegal inyectable, aunque sea una sola vez? SI ☐ NO ☐
- En los últimos 12 meses**
- ¿Aspiró cocaína? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido contacto sexual con alguien que haya estado expuesto al virus del SIDA o que esté infectado con el virus del SIDA, Hepatitis B o C? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha sido tratado por sífilis, gonorrea u otra enfermedad venerea? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido Malaria o Paludismo, recibió tratamiento o viajó a zonas endémicas? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha recibido vacunas? ¿Cuáles? ¿Cuándo? _____ SI ☐ NO ☐