****

**SVEUČILIŠNA KLINIČKA BOLNICA MOSTAR**

**Zavod za transfuzijsku medicinu**

**Kralja Tvrtka bb, 88000 Mostar**

**tel: +387 (0)36 336-500 fax: +387 (0)36 322-712**   
88000 Mostar

**POŠTOVANI DARIVATELJU KRVI!**

**Pri svakom davanju krvi uzimamo uzorak Vaše krvi koji testiramo na prisutnost uzročnika krvlju prenosivih bolesti: hepatitis B, hepatitis C, HIV i sifilis.  
Neke osobe zbog svog socijalnog ponašanja pripadaju skupinama s povećanim rizikom za zarazu krvlju prenosivim bolestima i one ne smiju nikada davati krv.  
Molimo Vas, pročitajte upitnik na poleđini i odgovorite liječniku na navedena pitanja. Vaše odgovore zabilježit će liječnik u upitnik.  
Upitnik je sastavljen i radi očuvanja Vašega zdravlja kao i radi sigurnosti transfuzijskog liječenja bolesnika, a Vaši odgovori liječnička su tajna.  
Osobe s povećanim rizikom za dobivanje krvlju prenosivih zaraznih bolesti su:  
• ovisnici o alkoholu ili drogama  
• osobe koje su uzele drogu putem igle  
• osobe koje njihovo seksualno ponašanje dovodi u visoki rizik dobivanja zaraznih bolesti koje se mogu prenositi krvlju  
• osobe kojima je spolni odnos plaćan novcem ili drogom  
• osobe koje su HIV pozitivne  
• osobe koje su boravile u Velikoj Britaniji od 1980. do 1996. g. dulje od 6 mjeseci  
Ako ste u sumnji ili se prepoznajete kao pripadnik jedne od navedenih skupina, molimo Vas nemojte davati krv.  
Slobodno zatražite savjet od prisutnog liječnika ili dođite u Savjetovalište za davatelje krvi.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Prepoznajete li se u bilo kojoj od navedenih skupina ljudi s povećanim rizikom?** | **DA** | **NE** |
| **2.** | **Jeste li u posljednjih 12 mjeseci imali spolni kontakt s osobom s povećanim rizikom?** | **DA** | **NE** |
| **3.** | **Jeste li sada dobroga zdravlja ?** | **DA** | **NE** |
| **4.** | **Jeste li već davali krv ?** | **DA** | **NE** |
| **5.** | **Jesu li Vas ikad odbili na akciji davanja krvi i zašto?** | **DA** | **NE** |
| **6.** | **Jeste li nedavno imali neobjašnjive vrućice, gubitak tjelesne težine, povećane limfne čvorove?** | **DA** | **NE** |
| **7.** | **Jeste li bili cijepljeni u posljednja 4 tjedna?** | **DA** | **NE** |
| **8.** | **Jeste li u posljednja 4 tjedna uzimali neke lijekove, uključujući i aspirin (tablete, injekcije, čepiće)? Koje?** | **DA** | **NE** |
| **9.** | **Jeste li ikad uzimali lijekove: Accutane, Tegison, Neotigason, Proscar, Propecia, Avodart?** | **DA** | **NE** |
| **10.** | **Jeste li u posljednjih 7 dana bili podvrgnuti nekom stomatološkom ili lakšem kirurškom zahvatu?** | **DA** | **NE** |
| **11.** | **Jeste li ikad primili ljudski hormon rasta?** | **DA** | **NE** |
| **12.** | **Je li Vam ikad transplantirano tkivo/organ (npr. rožnica, tvrda moždana ovojnica.)?** | **DA** | **NE** |
| **13.** | **Je li itko u Vašoj obitelji bolovao ili boluje od Creutzfeld-Jakobove bolesti?** | **DA** | **NE** |
| **14.** | **Jeste li se rodili ili živjeli i/ili putovali u tropske zemlje?** | **DA** | **NE** |
| **15.** | **Jeste li u posljednjih 6 mjeseci:** | **DA** | **NE** |
| **•** | **primili transfuziju krvi, bili operirani ?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **bili na akupunkturi, tetovirali se, bušili uho ili bilo koji drugi dio tijela?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **uboli se na medicinsku iglu ili bili u kontaktu s tuđom krvi?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **bili podvrgnuti endoskopskom pregledu (artroskopiji, gastroskopiji, laparoskopiji,...)?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **bili u kontaktu s bolesnikom s virusnim hepatitisom B** | **DA** | **NE** |
| **•** | **(samo za žene) bile u drugom stanju, imale prekid trudnoće ili ste rodile?** | **DA** | **NE** |
| **16** | **Jeste li ikad imali:** | **DA** | **NE** |
| **•** | **virusnu žuticu, tuberkulozu, malariju, reumatsku groznicu, mononukleozu?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **bolesti srca i krvnih žila, bubrega, previsok ili nizak krvni tlak?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **težak oblik alergije, astmu?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **kožne bolesti, osip, akne?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **psihičke ili neurološke bolesti, epilepsiju?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **sklonost krvarenju, bolesti krvi?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **dijabetes, bolesti štitnjače, malignu bolest (tumor, karcinom)?** | **DA** | **NE** |
| **•** | **spolno prenosivu bolest?** | **DA** | **NE** |
| **17.** | **Obavljate li opasne poslove: rad na visini, u dubini, upravljanje zrakoplovom, alpinizam?** | **DA** | **NE** |
| **→** | **Sva pitanja su mi objašnjena i razumljiva i moji odgovori su iskreni.** | | |
| **→** | **Obaviješten sam o postupku uzimanja krvi i mogućim posljedicama za moje zdravlje te o tome da mogu u bilo kojem trenutku povući pristanak za davanje krvi.** | | |
| **→** | **Upoznat sam s informacijama na temu AIDSa i drugih krvlju prenosivih bolesti.** | | |
| **→** | **Upoznat sam s mogućnosti postavljanja dodatnih pitanja u bilo koje doba.** | | |
| **→** | **U slučaju pojave bilo kakvih znakova bolesti u roku 48 sati od davanja krvi, zamoljen sam da o tome obavijestim transfuzijsku službu.** | | |
| **→** | **Ne smatram se osobom povećanog rizika za krvlju prenosive zarazne bolesti** | | |
| **→** | **Upoznat sam da ću biti obaviješten u slučaju reaktivnih rezultata testiranja** | | |

**Potpis davatelja krvi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis liječnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     
Podaci o davatelju krvi navedeni na ovom listiću zakonom su zaštićeni i ovlaštena zdravstvena ustanova obvezna je s tim podacima postupati u skladu sa zakonom.**