

**Příjmení:** ..... **Jméno:** ..... **Titul:** ..... **Datum narození:** .....

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje. **Správnou odpověď zakroužkujte!**  
Seznamte se, prosím, s „**Poučením dárce krve**“.

- |                                                                                                                    |     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1. Seznámil(a) jste se s poučením o rizikovém chování z hlediska darování krve a rozumíte mu? .....                | Ano | Ne |
| 2. Patříte do některé skupiny s rizikovým chováním? (viz „ <b>POUČENÍ</b> “ a „ <b>INFORMACE</b> “ pro dárce)..... | Ano | Ne |

### SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV

- |                                                                                                              |     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 3. Cítíte se zdrav(a)? .....                                                                                 | Ano | Ne |
| 4. Užíváte pravidelně léky (uvedte <u>všechny</u> včetně např. Acylpyrinu, hormonální antikoncepce)? .....   | Ano | Ne |
| Jaké: .....                                                                                                  |     |    |
| 5. Užil(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké léky (pravidelně užívané léky již neuvádějte)? .....           | Ano | Ne |
| Jaké: .....                                                                                                  |     |    |
| 6. Léčíte se nebo jste sledován(a) pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)? .....                          | Ano | Ne |
| 7. Potíte se v noci v nadměrné míře, pozorujete zvýšené teploty, zduřelé uzliny? .....                       | Ano | Ne |
| 8. Hubnete v poslední době bez zjevné příčiny .....                                                          | Ano | Ne |
| 9. Prodělal(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjemové onemocnění apod.)? ..... | Ano | Ne |
| 10. Podstoupil(a) jste v posledních 7 dnech trháni zubů nebo malý chirurgický výkon? .....                   | Ano | Ne |
| 11. Měl(a) jste v posledních 4 týdnech přisáté klíště? .....                                                 | Ano | Ne |

### ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU

#### **Prodělal(a) jste v uplynulých 6 měsících:**

- |                                                                                                                                                                                                                           |     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 12. Transplantace, operace, ošetřování v nemocnici, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření (artoskopie, gastrokopie, kolonoskopie apod), poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poranění) nebo sliznicí? ..... | Ano | Ne |
| Jaké: ..... Kdy: .....                                                                                                                                                                                                    |     |    |
| 13. Dostal(a) jste transfuzi krve? .....                                                                                                                                                                                  | Ano | Ne |
| 14. Bylo Vám provedeno tetování, akupunktura, propíchování uší, piercing, permanentní make-up? .....                                                                                                                      | Ano | Ne |
| (datum provedení zákroku, popište lokality umístění, tvar, přibližný rozměr v cm): .....                                                                                                                                  |     |    |
| 15. Byl(a) jste očkován(a)? .....                                                                                                                                                                                         | Ano | Ne |
| Proti čemu: .....                                                                                                                                                                                                         |     |    |
| 16. Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí? .....                                                                                                                                                  | Ano | Ne |
| V jakém (infekce, záření, chemická rizika atd.): .....                                                                                                                                                                    |     |    |
| 17. Byl(a) jste léčen(a) pro pohlavní chorobu? .....                                                                                                                                                                      | Ano | Ne |
| 18. Pobýval (a) jste v nápravném zařízení (vězení)? .....                                                                                                                                                                 | Ano | Ne |
| 19. Byl(a) jste v uplynulých <b>12 měsících</b> úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným s infekční žloutenkou, AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog? .....                      | Ano | Ne |
| Jakým: .....                                                                                                                                                                                                              |     |    |
| 20. Pobýval(a) jste v zahraničí? .....                                                                                                                                                                                    | Ano | Ne |
| Kde? (i krátkodobě, turistický pobyt): .....                                                                                                                                                                              |     |    |
| 21. Pro ženy: Byla jste v posledním roce těhotná nebo jste těhotná? .....                                                                                                                                                 | Ano | Ne |

### ODBĚRY KRVE V MINULOSTI

- |                                                                                                         |     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 22. Darujete krev nebo její složky poprvé? (pokud ano, otázky 23 a 24 nevyplňujte).....                 | Ano | Ne |
| 23. Měl(a) jste po minulém odběru zdravotní komplikaci (např. mdloby, kolaps, větší hematom aj.)? ..... | Ano | Ne |
| 24. Chodíte darovat i do jiného zdravotnického zařízení? .....                                          | Ano | Ne |
| 25. Byl(a) jste někdy odmítnut(a) jako dárce – dárkyně krve? .....                                      | Ano | Ne |
| Důvod: .....                                                                                            |     |    |

### PRODĚLANÉ CHOROBY – ANAMNÉZA (od narození do dnešního dne)

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 26. Infekční žloutenka, HIV infekce (AIDS), infekce virem HTLV I/II, pohlavní nemoc (syfilis, kapavka), tuberkulóza, jiné přenosné nemoci-inf. mononukleóza, klíšť.encefalitida, brucelóza, tularémie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, babesióza, leishmaniáza (Kala-Azar), Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, malárie aj. .... | Ano | Ne |
| 27. Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak .....                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ano | Ne |
| 28. Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytemie, thalassémie, aj.) .....                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ano | Ne |
| 29. Nemoci zažívacího traktu (vředová choroba, záněty slinivky, střeva aj.) .....                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ano | Ne |
| 30. Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza aj.) .....                                                                                                                                                                                                                                                         | Ano | Ne |
| 31. Nemoci ledvin (záněty, kameny, kolika aj.) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ano | Ne |

Dotazník pro dárce krve

- |                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 32. Nemoci dýchacích orgánů (astma, rozedma plic, chronický zánět průdušek aj.).....                                                                                                                                               | Ano | Ne |
| 33. Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis aj.).....                                                                                                                                              | Ano | Ne |
| 34. Nádorová onemocnění .....                                                                                                                                                                                                      | Ano | Ne |
| 35. Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, epilepsie, roztroušená skleróza, glaukom, deprese, psychóza aj.).....                                                                                | Ano | Ne |
| 36. Operace a všechny větší úrazy; transplantace; transfuze krve. Kdy, kde-uvеd'te stát:.....                                                                                                                                      | Ano | Ne |
| 37. Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek? .....                                                                                                                                                    | Ano | Ne |
| 38. Alergie, poruchy imunity, kožní onemocnění? Jaké:.....                                                                                                                                                                         | Ano | Ne |
| 39. Bylo u Vás nebo v rodině zjištěno onemocnění Creutzfeldt-Jakobovou chorobou či její varianta (vCJD)?                                                                                                                           | Ano | Ne |
| 40. Užíval(a) jste někdy následující léky: isotretinoin (např. Aknenormin), etretinát (např. Tegison), aciretin (např. Neotigason), finasteride (např. Adafin, Finard, Penester), dutasterid (např. Avodart, Dustar, Dufalan) aj.? | Ano | Ne |
| 41. Byl(a) jste někdy léčen(a) růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy? .....                                                                                                                                                    | Ano | Ne |
| 42. Byl(a) jste někdy léčena pro alkoholismus nebo lékovou závislost? .....                                                                                                                                                        | Ano | Ne |
| 43. Máte- kdykoli v minulosti provedeno tetování, akupunktura, propíchování uší, piercing, permanentní make-up? (uvеd'te datum provedení zákroku, popište lokality umístění, tvar, přibližný rozměr v cm):.....                    | Ano | Ne |
| 44. Užíval jste někdy drogy (i nitrožilně), popřípadě injekční léky nepředepsané lékařem, anabolika, steroidy apod.)?                                                                                                              | Ano | Ne |
| 45. Narodil(a) jste se nebo žil(a) jste v zahraničí? Kde?.....                                                                                                                                                                     | Ano | Ne |
| 46. Pobýval(a) jste v období 1980-1996 celkem, déle než 6 měsíců ve Velké Británii nebo ve Francii? .....                                                                                                                          | Ano | Ne |
| 47. Máte zaměstnání nebo koníčka se zvýšenou tělesnou zátěží nebo nároky na pozornost? (řidič z povolání, pilot, práce ve výškách, horolezectví, potápění) .....                                                                   | Ano | Ne |

**Stvrzuji, že jsem nezamlčel(a) žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl(a), jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamlčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce transfuze, je zákonem postižitelné).**

**DATUM:** .....

**PODPIS DÁRCE:** .....

Seznámil(a) jsem se s „Poučením dárce krve“ a jeho obsahu rozumím. **Ve smyslu znění „Poučení dárce krve“ se považuji se za vhodného dárce, jehož krev neohroží zdraví příjemce.** Byl(a) jsem poučen(a) o průběhu odběru a rizicích s ním spojených a s odběrem souhlasím. Byl(a) jsem poučen(a) o tom, že mám právo klást otázky týkající se odběru a právo kdykoliv od odběru ustoupit. Potvrzuji, že na každou položenou otázku jsem dostal(a) uspokojivou odpověď. Byl(a) jsem poučen(a) o možnosti diskrétního samovyhloučení. Souhlasím s tím, aby moje krev byla vyšetřena všemi potřebnými testy, včetně testu na AIDS a s uchováváním vzorků krve pro případné dodatečné vyšetření krvi přenosných infekcí a antigenů krevních skupin včetně molekulárně-genetických metod. Souhlasím s tím, aby v případě nevyhovujících výsledků byla použita v rámci zdravotní péče k jiným než transfuzním účelům. Byl(a) jsem poučen(a), že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován(a). Prohlašuji, že nepřicházím darovat krev za účelem vyšetření na AIDS. Beru na vědomí, že nejméně 30 minut po odběru bych měl(a) odpočívat a teprve poté se aktivně účastnit silničního provozu. Souhlasím s tím, že mé osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu budou evidovány při dodržování povinné mlčenlivosti dle platného zákona a při dodržování zásad lékařského tajemství budou využívány v rámci transfuzní služby (např. referenční laboratoře pro infekční choroby, registr vyřazených dárců krve, registr dárců krve se vzácnou krevní skupinou, aj.) Souhlasím s tím, aby léčivé přípravky, vyrobené z mé krve (nebo plazmy), byly použity v souladu s medicínskými, etickými a humanitárními principy k léčbě nemocných v rámci platné legislativy pouze v případě, že budou vyhovovat požadavkům na jejich bezpečnost a jakost. V případě vzniku přebytku vyrobených léčivých přípravků v ČR souhlasím s jejich vývozem za účelem léčby nemocných v jiných zemích. Podpisem stvrzuji, že dávám informovaný souhlas s provedením odběru a s laboratorním vyšetřením.

**DATUM:** .....

**PODPIS DÁRCE:** .....

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU OSOBOU ODPOVĚDNOU ZA PROPUŠTĚNÍ DÁRCE K ODBĚRU:

VYHOVUJE: <input type="checkbox"/>	NEVYHOVUJE: <input type="checkbox"/>	Nevyhovuje pro: .....
Datum: .....	Podpis odpovědné osoby: .....	