

CUESTIONARIO PERSONAL

Para ser utilizado por el profesional que entrevista al Donante.

	SI	NO		SI	NO
Condiciones básicas para la donación:			En los últimos 12 meses		
¿Es mayor de 18 años y pesa más de 50 Kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se realizó tatuajes, colocación de piercing o acupuntura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo alguna de las relaciones y/o prácticas sexuales de "riesgo incrementado" descritas en el documento para autoexclusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es mujer: ¿Está embarazada o lo ha estado en las últimas 8 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estuvo en contacto con sangre o fluidos corporales a través de piel o mucosas lesionadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donaciones anteriores:			¿Recibió sangre, componentes o algún trasplante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue rechazado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Convive o ha convivido con alguien que padeciera hepatitis o ictericia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo alguna reacción post-donación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En alguna ocasión, en el transcurso de su vida		
Lugar y Fecha de la última Donación:			¿Ha padecido alguna enfermedad grave que exigió control médico periódico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensión de la información al donante			¿Ha padecido hepatitis, ictericia o problemas de hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha proporcionado información escrita para su autoexclusión pre-donación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sufrido alguna enfermedad grave de pulmón, cerebro, riñón, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha comprendido las situaciones descritas en el documento para autoexclusión? (en caso de dudas, pregunte a los profesionales que lo atenderán)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido problemas de corazón o de la presión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precaución en las próximas 12 horas			¿Padece diabetes tratada con insulina de origen animal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Debe realizar alguna actividad laboral o deportiva de riesgo (trabajo en altura, escalada, etc) o conducir un vehículo de transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido algún tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicación			¿Ha tenido hemorragias o alguna afección de la sangre como anemia o leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se inyectó o se inyecta drogas intravenosas ilegales o aspiró cocaína regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado alguna vez Etreinato o alguna otra droga para psoriasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido hormonas de crecimiento de origen humano (antes de 1987)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando medicación para la próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido tejido procedente de otra persona (duramadre, córnea, otros...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tomó aspirina o analgésicos en los últimos 3 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o algún familiar sufre o ha sufrido de enfermedad de Creutzfeldt-Jacob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En las últimas 2 semanas			¿Tuvo paludismo en los últimos 3 años o estuvo en el último año en áreas endémicas de la enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha presentado fiebre, acompañada de dolor de cabeza y malestar general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le han dicho que tiene análisis positivos para VIH-SIDA, Hepatitis B o C, Virus HTLV I-II, Chagas, brucelosis o sífilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha visitado al dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estancias en el extranjero		
En el último mes			¿Ha estado durante más de un año (sumado períodos de permanencia) en el Reino Unido entre 1980 y 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha residido en algún otro país extranjero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUCHAS GRACIAS		
En los últimos 6 meses					
¿Ha asistido a la consulta de algún médico o ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Ha sido sometido a algún tipo de cirugía y/o endoscopia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ADMITIDO EN CONSULTORIO

Observaciones:

Causa médica definitiva:
 Causa médica temporaria:

FC 05 01

Firma y sello del Médico que realizó la entrevista
 REV. 03



**Fundación
 Hemocentro
 Buenos Aires**