



	<b>Nemocnice Hranice a. s.</b> Zborovská 1245, 753 01 Hranice, IČO 47677406 VII-HTO-Z-029	VII-HTO-SOP-V-001	2z2
		verze č.12	
		platnost od 1.11. 2019	

31. Byl(a) jste někdy sledován(a) pro alergické onemocnění (např. alerg. rýma, průdušk. astma, alerg. na léky)?	ANO	NE
32. Byl(a) jste někdy sledován(a) pro poruchu imunity?	ANO	NE
33. Užíval(a) jste někdy léky proti srážlivosti krve? Jaké?	ANO	NE
34. Užíval(a) jste někdy léky: etretinát (např. Tigason), acitrein (např. Neotigason), isotretinoin (např. Roaccutan, Accutane, Aknenormin), finasterid (např. Adafin, Finard, Penester), dutasterid (např. Avodart, Dostar, Dutalan)?	ANO	NE

**Otázky 35-37 jsou pouze pro ženy!**

35. Byla jste v posledním roce či nyní jste těhotná?	ANO	NE
36. Pokud ano, kdy jste ukončila kojení?		
37. Kolikrát jste byla těhotná a kolik jste měla porodů? Počet těhotenství: Počet porodů:		

38. Narodil(a) jste se v zahraničí nebo žil(a) jste v posledních 10 letech v zahraničí? Kde?	ANO	NE
39. Navštívil(a) jste v posledních 6 měsících tropickou či „exotickou“ zemi? Kterou?	ANO	NE
40. Byl(a) jste v zahraničí v posledních 6 měsících? Kde?	ANO	NE
41. Byl(a) jste v úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným infekční žloutenkou, HIV infekcí (AIDS), jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog? Jakým?: Kdy?:	ANO	NE
42. Byl(a) jste v letech 1980-1996 ve Velké Británii nebo Francii déle než 6 měsíců?	ANO	NE
43. Máte zaměstnání či konička se zvýšenou fyzickou zátěží nebo nároky na pozornost? (řidič z povolání, práce ve výškách, pilot, hasič, voják, policista, horolezeckví, potápění atd. ...)	ANO	NE
44. Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí? V jakém (infekce, záření, chemická rizika atd.)?:	ANO	NE
45. Pobýval(a) jste v nápravném zařízení (vězení)?	ANO	NE
<b>46. Byl(a) jste někdy upozorněn(a), že nemáte být dárce krve?</b>	ANO	NE
<b>47. Darujete nebo daroval(a) jste krev či její části v jiném zdravotnickém zařízení? Kdy? Kde?</b>	ANO	NE

Prohlášení dárce

**Prohlašuji, že jsem nezamlčel(a) žádné závažné skutečnosti a všechny uvedené informace jsou pravdivé. Jsem si vědom(a), že zamlčením nebo nepravdivou odpovědí na výše uvedené otázky bych mohl(a) ohrozit příjemce mé krve, což je zákonem postížitelné. Prohlašuji, že nepatřím do žádné skupiny s rizikovým chováním uvedené v Poučení dárce krve.**

**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.

**Byl(a) jsem poučen(a),** že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován(a).

**Souhlasím** s vyšetřením mé krve všemi potřebnými testy, včetně testu na AIDS a s uchováním vzorků krve pro případné dodatečné vyšetření krví přenosných infekcí a krevních skupin, vč. molekulárně genetických metod, nebo pro výukové a výzkumné účely.

**Souhlasím** s tím, aby v případě nevyhovujících výsledků byla odebraná krev použita v rámci zdravotní péče k jiným než transfuzním účelům.

**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 údaje o mém zdravotním stavu budou evidovány při dodržení zásad mlčenlivosti dle platného zákona a dodržení povinností stanovených platnými zákony o ochraně osobních dat a využívány v rámci transfuzní služby (např. referenční laboratoře pro infekční choroby, registr vyřazených dárců krve, registr dárců krve se vzácnou krevní skupinou aj.) a v rámci výuky studentů ve zdravotnictví.

**Souhlasím** s poskytnutím osobních údajů týkajících se dárcovství Českému červenému kříži.

**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 a v rámci platné legislativy.

V případě vzniku jakéhokoliv přebytku vyrobených léčivých přípravků v ČR souhlasím s jejich vývozem za účelem léčby nemocných v jiných zemích.

Datum:	Podpis dárce:
--------	---------------

**VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU OSOBOU ODPOVĚDNOU ZA PROPUŠTĚNÍ DÁRCE K ODBĚRU**

Vyhovuje <input type="checkbox"/>	Nevyhovuje <input type="checkbox"/>	Nevyhovuje pro:.....
Datum.....	Jmenovka + podpis odpovědné osoby .....	

Zaměstnanci HTO Hranice děkují všem dárce za spolupráci.