

## LEA ESTA INFORMACIÓN ANTES DE CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

### La sangre: una posible vía de transmisión de enfermedades infecciosas

La sangre cumple algunas funciones vitales en el organismo, pero puede ser **vehículo de transmisión de agentes patógenos** (bacterias, virus y parásitos) responsables de numerosas enfermedades, como la hepatitis, el sida, la enfermedad de Chagas y la sífilis.

Para evitar transmisiones, en los bancos de sangre practicamos **análisis** muy sensibles que permiten detectar la presencia de patógenos. Sin embargo, no siempre estos análisis son capaces de detectarlos. Por ello resulta **SUMAMENTE IMPORTANTE** que las **personas que podrían ser portadoras de alguno de estos patógenos NO DONEN SANGRE**.

En consecuencia:

#### 1. NO DONE SANGRE si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Es portador del **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** o virus del sida o cree que podría serlo.
- Es portador de alguno de los virus de la **hepatitis (B o C)** o cree que podría serlo.
- Se ha inyectado **drogas** (heroína, hormonas para aumentar la musculatura, etc.) alguna vez en su vida, incluso si fue una sola vez y ha pasado mucho tiempo.
- Ha aceptado en alguna ocasión dinero, drogas u otro tipo de pago a cambio de mantener **relaciones sexuales**.
- En los últimos 4 meses ha mantenido **relaciones sexuales con: distintas parejas**, alguna persona portadora del **virus del sida (VIH)**, alguna persona que cambie frecuentemente de pareja, alguna persona que haya podido inyectarse **drogas intravenosas**, alguna persona que ejerza o haya ejercido la **prostitución**, alguna persona residente u originaria de zonas del mundo donde el virus **del sida** está muy extendido (**África subsahariana o Tailandia**).

La correcta selección de los donantes es responsabilidad del Banc de Sang i Teixits, que debe establecer los criterios y facilitar la información necesaria a todas las personas que deseen donar sangre, pero también **es responsabilidad del donante. Si colabora con nosotros podremos conseguir la máxima seguridad de la sangre destinada a atender correctamente a los enfermos que necesitan una transfusión.**

#### 2. ADVIERTA AL MÉDICO que le atenderá si se encuentra en alguno de los casos siguientes:

- Ha vivido fuera de España.
- Ha viajado fuera del país en los últimos 6 meses.
- Nació, o su madre había nacido, fuera de España.

La donación de sangre **no es un método adecuado para conocer el estado de salud de una persona ni sirve como análisis de sangre**. Si es esto lo que desea, deberá:

- Consultar al médico de cabecera.
- Llamar al teléfono de información confidencial sobre el sida: **900 212 222**

Número donación

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_  
Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Sexo  Hombre  Mujer

Número de donante \_\_\_\_\_  
Fecha de extracción \_\_\_\_\_  
Código colecta \_\_\_\_\_ Tipo donación \_\_\_\_\_  
Peso \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_  
Pulso \_\_\_\_\_ Tipo bolsa \_\_\_\_\_  
Resp. Enfermería \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_

¿Cómo quiere que le informemos de las campañas?  Teléfono fijo  Móvil  Correo postal  E-mail  
Idioma preferido  Catalán  Castellano

### ES OBLIGATORIO que la persona responsable de la entrevista cumplimente la información siguiente:

El donante ha entendido los supuestos de riesgo y no es apto para para la donación.

El donante es apto para la donación, con las analíticas:

- UNIVERSAL  
 UNIVERSAL + CHAGAS

Nombre y apellidos de la persona responsable de la entrevista \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Antes de firmar, cumplimente el cuestionario al dorso.

Condiciones básicas para la donación	SÍ NO	Progenitores y lugar de nacimiento
¿Es mayor de 18 años y pesa 50 kilos o más? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	País de nacimiento .....
¿Se encuentra en buen estado de salud? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	País de nacimiento de la madre .....
Si es mujer, ¿está embarazada o lo ha estado en los últimos 6 meses? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....

En cumplimiento de la Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos serán incorporados al Fichero del Registro de Donantes de Sangre de Cataluña, cuyo titular es la Dirección General de Recursos Sanitarios y cuya gestión corre a cargo del Banc de Sang i Teixits con la finalidad de desarrollar el proceso de donación, en los términos previstos por la legislación aplicable. Asimismo, le comunicamos que, previo procedimiento de disociación irreversible destinado a asegurar el anonimato y desvinculación total de la sangre respecto a sus datos, ésta podría ser utilizada con fines de investigación o controles biomédicos.

Conozco que la donación de sangre es voluntaria y altruista y, en consecuencia, no recibiré compensación económica alguna, incluso si la investigación derivara en alguna aplicación. Mediante mi firma, declaro haber leído la información que me ha sido entregada y haberla entendido, habiendo planteado las preguntas oportunas, que me han sido contestadas correctamente por el personal del BST.

Declaro haber recibido, leído y entendido una hoja adjunta en la que constan claramente las condiciones que impiden la donación de sangre por motivos de seguridad. Certifico asimismo que he cumplimentado el cuestionario de forma veraz y doy mi consentimiento para que me sea practicada la extracción de sangre para uso transfusional y, de forma excepcional, para otros usos médicos y de investigación, en los términos expuestos en el párrafo anterior. Asimismo, consiento en que el BST utilice mis datos personales para comunicarme toda información que considere de interés sobre la donación de sangre, pudiendo además facilitar dichos datos a empresas dedicadas a promocionar la donación, cumpliendo en todo momento con los requisitos legales aplicables.

Siempre que lo desee, puede dirigirse a nosotros para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales.

Nombre y apellidos del donante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Banc de Sang i Teixits**  
Passeig Taulat, 106-116  
08005 Barcelona  
T 93 577 35 00

## Cuestionario personal

### Comprensión del folleto informativo sobre la donación de sangre

sí no

¿El banco de sangre le ha proporcionado información escrita y comprensible sobre la donación de sangre? \_\_\_\_\_

*(en caso de dudas, plantee cualquier pregunta a los profesionales que le atenderán)*

### Precaución en las próximas 12 horas

¿Debe llevar a cabo alguna actividad laboral o deportiva peligrosa (escafandrista, escalada...) o conducir un vehículo de transporte público? \_\_\_\_\_

### Figurar en lista de espera

¿Se encuentra actualmente en lista de espera para una consulta o exploración médica? \_\_\_\_\_

### Medicación

¿Está tomando o ha tomado algún medicamento, en los últimos días? \_\_\_\_\_

Ha tomado en alguna ocasión Avidart®, Duagen®, Proscar®, Propecia®, Finasterida®, Eucoprost® o Ativol® (Finasteride) por un problema de próstata/alopecia? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado en alguna ocasión Neotigason®, Roacutan®, Tigason® o Isotrex® por problemas de la piel? \_\_\_\_\_

### En las últimas 2 semanas

¿Ha tenido fiebre acompañada de dolor de cabeza y malestar general? \_\_\_\_\_

¿Ha visitado al dentista? \_\_\_\_\_

### En el último mes

¿Ha recibido alguna vacuna? \_\_\_\_\_

¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad infecciosa contagiosa? \_\_\_\_\_

### En los últimos 4 meses

¿Ha efectuado alguna consulta a un médico o ha sido hospitalizado? \_\_\_\_\_

¿Ha sido sometido a una endoscopia: colonoscopia, gastroscopia, rectoscopia u otras? \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratado con acupuntura practicada con material no desechable? \_\_\_\_\_

¿Se ha aplicado un tatuaje y/o piercing? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido contacto con la sangre de otra persona, por un pinchazo accidental o una salpicadura? \_\_\_\_\_

¿Convive o ha convivido, o mantiene o ha mantenido contacto íntimo, con alguien que padecía hepatitis, ictericia o fuera portador del virus de la hepatitis? \_\_\_\_\_

### En los últimos 4 meses

sí no

¿Ha sido sometido a una intervención quirúrgica? \_\_\_\_\_

### En los últimos 6 meses

¿Ha viajado (por motivos turísticos, laborales, en una ONG, de visita a la familia...) a África, América, Asia u Oceanía? \_\_\_\_\_

### Estancias en el extranjero

¿Ha residido en un país extranjero? \_\_\_\_\_

¿Ha vivido durante más de un año –sumando todos los períodos de permanencia– en el Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia, Irlanda del Norte, Islas del Canal, Isla de Man) durante el período de 1980 a 1996? \_\_\_\_\_

### En alguna ocasión, en el transcurso de su vida

¿Ha sido rechazado como donante? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna enfermedad grave que haya exigido controles médicos periódicos? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido hepatitis, ictericia o problemas de hígado? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna enfermedad infecciosa grave, como paludismo (malaria), enfermedad de Chagas, leishmaniasis, mononucleosis infecciosa, tuberculosis, sífilis o gonorrea, entre otras? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna enfermedad grave de pulmones, cerebro, riñones, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido problemas de corazón o de la tensión arterial (presión sanguínea)? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido episodios repetidos de crisis epilépticas, convulsiones o síncope? \_\_\_\_\_

¿Sufre diabetes tratada con insulina? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido algún tipo de cáncer? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido alguna enfermedad o reacción alérgica grave? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido algún problema hemorrágico o alguna enfermedad de la sangre, como anemia o exceso de glóbulos rojos? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna transfusión de sangre o de factores de la coagulación? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido hormona del crecimiento de origen humano (antes de 1987)? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido algún órgano o tejido (duramáter, córnea, otros...)? \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de sus familiares sufre o ha sufrido encefalopatía espongiiforme (la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob)? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido o padece infección por el virus linfotrópico humano (HTLV-I/II)? \_\_\_\_\_