



## CUESTIONARIO PARA DONAR SANGRE

Fecha: ..... / ..... / .....

Donante N° .....

Apellidos: .....

Nombres: ..... Sexo: ..... Edad: .....

Lugar y fecha de nacimiento: ..... DNI/LC/CI: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... Código Postal: ..... Teléfono: .....

Ocupación: ..... E-mail: .....

Dona para el paciente: .....

¿Donó sangre en los últimos 3 años?  SÍ  NO

¿En los últimos 12 meses ha donado por lo menos 2 veces en esta Institución?  SÍ  NO

### EXAMEN FÍSICO (datos a completar por Medicina Transfusional)

Peso: ..... kg	Temperatura: ..... °C	Inspección de brazos: .....
Tensión arterial ..... MmHg	Hemoglobina: ..... gr/dl	Recuento de plaquetas: .....
Pulso: .....	Hematocrito: ..... %	Médico:.....
<input type="checkbox"/> Voluntaria Plantel	<input type="checkbox"/> Voluntaria Espontánea	<input type="checkbox"/> Autóloga
<input type="checkbox"/> Dirigida	<input type="checkbox"/> Plaquetaféresis	

#### CONDICIONES GENERALES:

- 1.Sentirse bien en el día de la donación y gozar de buena salud.
- 2.Tener entre 18 y 65 años y pesar más de 50 Kg.
- 3.No haber donado sangre en los últimos dos meses.
- 4.Consultar si recibe vacunas, antibióticos u otros medicamentos (en especial para el acné, caída del cabello, psoriasis o trastornos de la próstata).

#### IMPEDIMENTOS PARA DONAR SANGRE:

- 1.Enfermedades cardíacas (dolor en el pecho, infarto, etc.), pulmonares, asma bronquial, tuberculosis activa, hipertensión arterial no controlada.
- 2.Haber padecido accidente cerebrovascular, epilepsia (convulsiones), lipotimias o desmayos.
- 3.Anemia, trastornos de la coagulación, cáncer.
- 4.Enfermedades renales, diabetes en tratamiento con insulina, úlcera gastroduodenal en actividad, colitis ulcerosa.

#### IMPEDIMENTOS PARA DONAR POR 72 HORAS:

- 1.Procedimientos odontológicos (extracción, tratamiento de conducto, limpieza dentaria, etc.).
- 2.Infecciones, vómitos, diarrea y/o fiebre.

#### IMPEDIMENTOS PARA DONANTES MUJERES:

- 1.Durante el embarazo, hasta cumplir 8 semanas después del parto y 12 meses luego de cesárea o aborto.

#### IMPEDIMENTOS PARA DONAR POR 12 MESES:

- 1.Endoscopías, laparoscopías, cateterismos o tratamiento quirúrgico.
- 2.Haber recibido transfusiones.
- 3.Tatuajes, perforaciones de la piel en alguna parte del cuerpo o acupuntura.
- 4.Trabajadores de la salud que hubieran sufrido accidentes laborales (punciones, salpicaduras, etc.).
- 5.Convivencia con personas que tuvieron hepatitis.
- 6.Vacuna antirrábica.
- 7.Enfermedades de transmisión sexual: sífilis, gonorrea.
- 8.Hombres que hayan tenido relaciones sexuales con hombres.
- 9.Mujeres que hayan tenido relaciones sexuales con hombres incluidos en el grupo anterior (8).
- 10.Haber mantenido relaciones sexuales ocasionales o tener conocimiento de que su pareja las haya tenido, aun con protección.
- 11.Relaciones sexuales con adictos o ex adictos a drogas.
- 12.Haber ejercido la prostitución.
- 13.Relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución.
- 14.Relaciones sexuales con personas con SIDA o con prueba positiva para SIDA o hepatitis.
- 15.Relaciones sexuales con personas que reciban transfusiones, hemofílicos o en plan de diálisis.
- 16.Haber estado encarcelado o detenido.

#### IMPEDIMENTOS DEFINITIVOS:

- 1.Haber tenido hepatitis después de los 10 años de vida.
- 2.Enfermedad de Chagas o brucelosis o prueba positiva para cualquiera de ellas.
- 3.Haber recibido hormona de crecimiento antes de 1986.
- 4.Ser hemofílico, hemodializado o haber recibido injerto de meninges o córnea.
- 5.Adicción a drogas inyectables en algún momento de su vida.
- 6.Tener SIDA o haber tenido alguna vez un resultado positivo para SIDA.
- 7.Presentar manifestaciones clínicas que pueden estar asociadas con SIDA a saber: pérdida de peso inexplicable, fiebre de más de 10 días de evolución, agrandamiento ganglionar.

#### OTROS IMPEDIMENTOS:

- 1.Haber tenido paludismo, haber recibido medicamentos antipalúdicos en forma preventiva en los últimos tres años, o haber estado en el último año en países donde existe esta enfermedad.
- 2.Dengue: haber estado en los últimos 30 días en zonas afectadas por dicha infección.

Si usted se encuentra incluido dentro de los impedimentos detallados, NO PODEMOS ACEPTARLO/A COMO DONANTE DE SANGRE. En este caso, si lo desea, puede no entregar el cuestionario.

Si usted reúne las condiciones necesarias para donar sangre, marque con una X en el casillero SÍ.

SÍ

NO

#### INFORMACIÓN ADICIONAL:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.¿Ha recibido transfusiones en algún momento de su vida? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2.¿Ha tenido embarazos? ¿Cuántos?                         | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3.¿Ha ingerido aspirina en los últimos tres días?         | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

#### INFORMACION IMPORTANTE:

##### **- Transmisión de infecciones a través de la sangre**

La sangre donada puede transmitir agentes infecciosos al paciente que la recibe ya que hay muchas infecciones que pasan casi desapercibidas pues el donante se siente saludable. En ocasiones el donante puede padecer alguna infección que aún no sea detectada por los estudios que se realizan en su sangre.

##### **- Período de ventana**

Es el tiempo transcurrido entre el ingreso de un agente infeccioso al organismo y la detección de éste por medio de las pruebas de laboratorio que se utilizan en los Servicios de Medicina Transfusional.

##### **- Pruebas de laboratorio que se realizarán en su sangre**

Para sífilis, Chagas, brucelosis, hepatitis B, hepatitis C, SIDA y HTLV.

**UN RESULTADO REACTIVO EN LAS PRUEBAS DE LABORATORIO NO CONSTITUYE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN Y/O ENFERMEDAD.**

#### CONSENTIMIENTO DEL DONANTE:

Dejo constancia de que voy a donar sangre voluntariamente y doy mi consentimiento para que la misma sea estudiada según lo establece la Ley Nacional de Sangre 22990 y las Normas Técnicas y Administrativas vigentes. Esta donación puede ser utilizada como la Fundación Favaloro (Hospital Universitario) considere apropiado. Se me ha dado la oportunidad de preguntar todo lo que yo considerara necesario. Estoy de acuerdo en que, en caso de anomalía hallada en mi sangre, la misma me sea notificada. Declaro que a mi leal saber y entender he sido veraz en la respuesta al cuestionario precedente, condición esencial para prevenir perjuicios a los receptores de mi sangre.

Firma: