



ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>
Πατρώνυμο:	<input type="text"/>	Μητρώνυμο:	<input type="text"/>
Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Φύλο:	<input type="text"/>
Τόπος γέννησης (Χώρα – Περιφέρεια):	<input type="text"/>	Μορφωτικό επίπεδο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση (οδός – αρ.):	<input type="text"/>	T.K. - Πόλη:	<input type="text"/>
Τηλ.:	<input type="text"/>	Κιν.:	<input type="text"/>
		Email:	<input type="text"/>
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:	<input type="text"/>	ΑΜΚΑ:	<input type="text"/>

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

<input type="checkbox"/> 1. Εθελοντικά	
<input type="checkbox"/> 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: <input type="text"/> Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4. Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: <input type="text"/> Νοσοκομείο νοσηλείας: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον)	

ΠΡΟΣΟΧΗ! – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος έχει έστω και μία ομοφυλοφιλική σχέση από το 1977.
- Όποιος έχει κάνει κάποτε ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.
- Όποιος είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικών μέσων, κατά τη τελευταία δεκαετία.
- Ερωτικοί σύντροφοι πολυμεταγιζόμενων ατόμων.
- Όποιος είχε τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν είτε με χρήματα είτε με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
- Γενικά όποιος νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ίο που προκαλεί AIDS.

Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον ιατρό της Αιμοδοσίας.

ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη επιβεβαιώθηκαν από: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

<input type="checkbox"/> 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	<input type="checkbox"/> 2. Αστυνομική Ταυτότητα	<input type="checkbox"/> 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
<input type="checkbox"/> 4. Διαβατήριο	<input type="checkbox"/> 5. Βιβλιάριο Υγείας	<input type="checkbox"/> 6. Άδεια Οδήγησης
<input type="checkbox"/> 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημοσίου εγγράφου:	<input type="text"/>	

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Έχετε δώσει αίμα άλλη φορά;	ΝΑΙ: <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ: <input type="checkbox"/>	Πότε δώσατε τελευταία φορά;	<input type="text"/>
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	<input type="checkbox"/>
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>
Είχατε ποτέ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;	<input type="checkbox"/>
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία/Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	<input type="checkbox"/>
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένεια σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΚΑΝΑΤΕ:	<input type="checkbox"/>
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>
Προκάρδιους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	<input type="checkbox"/>
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	<input type="checkbox"/>
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσατε έγκυος;	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	<input type="checkbox"/>
Χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Παθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.
- Βεβαιώνω ότι το αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας για κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.
- Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.
- Δηλώνω ότι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), συμφώνα με τις διατάξεις των άρθρων 2 β και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόσβαση αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Ο/Η Αιμοδότης**ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)**

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστ):	<input type="text"/>	mm/Hg	Σφύξεις:	<input type="text"/>	/min	Θερμοκρασία:	<input type="text"/>	°C	Βάρος:	<input type="text"/>	Kg
Αιματοκρίτης:	<input type="text"/>	%	Αιμοσφαιρίνη:	<input type="text"/>	gr/dl	Ύψος:	<input type="text"/>	m			

Γενική Εντύπωση:

Δότης: Ολικού αίματος / Αιμοπεταλίων **Ο/Η ενεργήσας την επιλογή**

Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία: ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αιτίες αποκλεισμού:

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)

Τύπος χρησιμοποιηθέντος ασκού αιμοληψίας:	<input type="checkbox"/> Διπλός <input type="checkbox"/> Τριπλός <input type="checkbox"/> Τετραπλός	<input type="checkbox"/> Παιδιατρικός <input type="checkbox"/> Λευκαφαιρεμένος	Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία
H αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	