

# DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVE

platnost od 1.7.2024

Transfuzní a tkáňové oddělení Fakultní nemocnice Brno

Příjmení .....	titul .....	číslo odběru (nevyplňujte)
Jméno .....	rodné číslo .....	

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje a otázky. Správnou odpověď zakroužkujte!

Před vyplněním dotazníku se seznamte, prosím, s „Poučením dárce krve“

## OSOBNÍ

1. Seznámil(a) jste se s poučením o rizikovém chování z hlediska darování krve a rozumíte mu?..... ano ne
2. Darujete krev nebo její složky poprvé (pokud ano, otázky 3 a 4 nevyplňujte) ..... ano ne
3. Měl(a) jste po minulém odběru zdravotní komplikaci? (např. mdloby, kolaps, větší hematom, aj.) ..... ano ne  
Pokud ano, jakou: .....
4. Chodíte darovat krev nebo plazmu i do jiného zařízení transfuzní služby (odběrového centra)?..... ano ne
5. Byl(a) jste v posledním roce odmítnut(a) jako dárce-dárkyně krve nebo plazmy? ..... ano ne  
Důvod odmítnutí: .....
6. Narodil(a) jste se nebo žil(a) jste v zahraničí? Kde: ..... ano ne
7. Pobýval(a) jste v období 1980-1996 celkem déle než 12 měsíců ve Velké Británii?..... ano ne
8. Pobýval(a) jste v posledních 6 měsících v zahraničí (i krátkodobě, pracovní cesta, dovolená)?..... ano ne  
Kde: ..... Kdy: .....
9. Máte zaměstnání nebo konička se zvýšenou tělesnou zátěží nebo nároky na pozornost? (řidič z povolání, pilot, práce ve výškách, horolezectví, potápění) ..... ano ne
10. Bylo Vám v posledních 4 měsících provedeno tetování, piercing, permanentní make-up, propichování uší či akupunktura mimo zdravotnické zařízení? ..... ano ne
11. Pro ženy: Byla jste v posledním roce nebo jste těhotná? ..... ano ne
12. Vaše výška: ..... cm Hmotnost: ..... kg

## AKTUALNÍ ZDRAVOTNÍ STAV

13. Cítíte se fyzicky a duševně zdrav(a) ..... ano ne
14. Užíváte pravidelné léky? (včetně všech léků, včetně např. hormonální antikoncepce) ..... ano ne  
Jaké: .....
15. Užil(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké jiné léky (antibiotika, léky na bolest či jiné)? ..... ano ne  
Jaké: .....
16. Léčíte se nebo jste sledován(a) pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)? ..... ano ne  
Jaké: .....
17. Pozorujete v poslední době některý z těchto příznaků: noční pocení v nadměrné míře, zvýšená teplota, zduřelé uzliny, hubnutí bez zjevné příčiny? ..... ano ne
18. Prodělal(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjem) nebo poranění? ..... ano ne  
Jaké: .....
19. Podstoupil(a) jste v posledních 7 dnech ošetření zubů nebo malý chirurgický výkon? ..... ano ne  
Jaký: .....
20. Měl(a) jste v posledních 4 týdnech přisáté klíště? ..... ano ne
21. Prodělal(a) jste v posledním roce boreliózu nebo infekční mononukleózu? ..... ano ne
22. Byl(a) jste v posledním roce očkován(a)? ..... ano ne  
Proti čemu: ..... Kdy: .....
23. V uplynulých 4 měsících:
  - a. Podstoupil(a) jste transplantaci, operaci, ošetření v nemocnici, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření (vyšetření žaludku, střev, močových nebo dýchacích cest)? ..... ano ne  
Jaké: ..... Kdy: .....
  - b. Poranil(a) jste se injekční jehlou, byl(a) jste v kontaktu s cizí krví? ..... ano ne
  - c. Byl(a) jste v úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným s infekční žloutenkou, AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog? ..... ano ne
  - d. Pobýval(a) jste v nápravném zařízení (vězení)? ..... ano ne

## ANAMNÉZA (od narození do dnešního dne)

24. Infekční onemocnění: infekční žloutenka, infekce a nosičství virem HTLV I/II, tuberkulóza, osteomyelitida, klíšťová encefalitida, jiné přenosné nemoci (žlutá zimnice, bruceleóza, tularémie, toxoplazmóza, listerióza, malárie, babezióza, leishmanióza, Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus aj.).....ano ne
25. Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak.....ano ne
26. Nemoci nervové soustavy (opakované křečové stavy či bezvědomí, epilepsie aj.).....ano ne
27. Jiné závažné chronické onemocnění či sledování ve specializované ambulanci (gastroenterologie, plicní, hematologie, nefrologie, urologie, endokrinologie, diabetologie, revmatologie, psychiatrie, onkologie)... ano ne  
Pokud ano, prosím specifikujte (uveďte diagnózy):.....  
.....  
.....
28. Měl(a) jste někdy trombózu nebo máte prokázané zvýšené riziko tvorby krevních sraženin (Leidenská mutace, mutace protrombinu apod.)?.....ano ne
29. Operace a všechny větší úrazy, transplantace .....ano ne  
Jaké: ..... Kdy (uveďte rok): ..... Kde (uveďte stát): .....
30. Transfuze krve .....ano ne  
Kdy (uveďte rok): ..... Kde (uveďte stát): .....
31. Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek? .....ano ne
32. Alergie a poruchy imunity - jaké?.....ano ne
33. Byla u Vás nebo v rodině zjištěna Creutzfeldt-Jakobova choroba nebo její varianta (vCJD)?.....ano ne
34. Užíval(a) jste někdy následující léky: léčba akné (např. Aknetrimin, Zytane, Cutane, Tegison, Tigason, Neotigason), léčba prostaty (např. Finard, Finex, Pericard, Awart, Italán, Duodart), léčba kožních nádorů (Vismodegib/Erivedge, Sonidegib, domzo).....ano ne
35. Byl(a) jste někdy léčen(a) pro růstové nebo jiné hormonální poruchy (např. růstovým hormonem)? .....ano ne
- RIZIKOVÉHO SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ**
36. Byl(a) jste někdy léčen(a) pro alkoholismus nebo léky závislost? .....ano ne
37. Užíval(a) jste někdy drogy (zejména nitrožilní aplikace)?.....ano ne
38. Užíval(a) jste injekční léky (lékařského nebo nelegálního původu) (anabolika, steroidy)?.....ano ne
39. Byl(a) jste někdy pozitivně testován(a) na HIV?.....ano ne
40. Užíval(a) jste v minulosti přípravky, které obsahují léčbu infekce HIV?.....ano ne
41. Užil(a) jste někdy přípravek k prevenci přenosu infekce HIV? .....ano ne  
Kdy (uveďte rok):..... Uveďte formu ..... injekce / tablety.....
42. Měl(a) jste nového sexuálního partnera nebo víc než jednoho sexuálního partnera v posledních 4 měsících?.....ano ne  
Pokud ano, měl(a) jste v uvedeném období anální pohlavní styk? .....ano ne
43. Podstoupil(a) jste léčbu pro jinou pohlavní nemoc (syfilis, kapavka apod.)?.....ano ne
44. Jiné formy rizikového sexuálního chování (viz „POUČENÍ DÁRCE KRVE“)? .....ano ne

Stvrzuji, že jsem nezamítl(a) žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl(a), jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamítnutí skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce transfuze, jsou zákonem postžitelné).

Seznámil(a) jsem se s „Poučením dárce krve“ a jeho obsahu rozumím. Ve smyslu znění „Poučení dárce krve“ se považuji za vhodného dárce, jehož krev neohrozí zdraví příjemce. Prohlašuji, že nepřicházím darovat krev za účelem vyšetření na HIV/AIDS. Beru na vědomí, že nejméně 30 minut po odběru bych měl(a) odpočívat a teprve poté se aktivně účastnit silničního provozu. Plně chápu, že z hlediska bezpečnosti odebrané krve je nezbytné minimálně 3 hodiny před odběrem nekouřit.

Souhlasím, aby mé osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu byly evidovány při dodržování povinné mlčenlivosti dle platného zákona a při dodržování zásad lékařského tajemství budou využívány v rámci transfúzní služby (např. referenční laboratoře pro infekční choroby aj.) a v rámci výuky studentů ve zdravotnictví. Souhlasím, aby mé osobní údaje byly sděleny subjektům ČČK pro potřeby oceňování dárců v rozsahu uvedeném v Poučení dárce krve.

Souhlasím, aby léčivé přípravky, vyrobené z mé krve, byly použity v souladu s etickými principy k léčbě nemocných v rámci platné legislativy pouze v případě, že budou vyhovovat požadavkům na jejich bezpečnost a jakost. V případě vzniku přebytku vyrobených léčivých přípravků v ČR souhlasím s jejich vývozem za účelem léčby nemocných v jiných zemích.

Souhlasím s použitím vzorku své krve pro výzkumné a výukové účely.....ano ne

Datum .....

Podpis dárce .....

### VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU POVĚŘENÝM ZDRAVOTNICKÝM PRACOVNÍKEM:

Vyhovuje  Nevyhovuje  Nevyhovuje pro: .....

Datum..... Podpis .....

Podpis svědka v případě odběru nevidomého dárce krve .....

Transfusion and Tissue Department of the University Hospital in Brno

Last Name.....Title.....	<b>Blood donation number (Leave blank)</b>
First name.....	
Personal Identification Number ...../.....	

Please fill out all information and questions responsibly and completely. Circle the correct answer!

Before completing the questionnaire, please read the "Information for Blood Donors"

**PERSONAL**

1. Have you read and understood the information about risk behaviours regarding blood donation? ..... yes no
2. Is this your first donation of blood or its components (if yes, skip questions 3 and 4).....yes no
3. Did you experience any health complications following your most recent blood donation (e.g. dizziness, fainting, bruising, etc.)?.....yes no  
If yes, please specify: .....
4. Do you also donate blood or plasma at another blood transfusion facility (blood donation centre)?..... yes no
5. Have you been rejected as a blood or plasma donor in the last year? .....yes no  
Reason for rejection: .....
6. Were you born or have you lived abroad? Where: .....yes no
7. Did you live in the United Kingdom for more than 12 months in total during the period 1980-1996?.....yes no
8. Have you traveled outside the Czech Republic in the last 6 months? (Please list everything, including short-term business trips or tourist stays):.....yes no  
Where: ..... When: .....
9. Do you have a job or hobby with increased physical stress or demands on attention? (professional drivers, pilots, working at heights, climbing, diving) .....yes no
10. Have you had a new tattoo, ear, face or body piercing, permanent make-up, acupuncture or tattoo outside a medical facility in the last 4 months?.....yes no
11. For women: Have you been pregnant in the last year or are you pregnant at present?.....yes no
12. Your height: ..... cm Weight: ..... kg

**CURRENT HEALTH EVALUATION**

13. Are you feeling physically and mentally well? ..... yes no
14. Do you take any medication regularly? (specify all, including hormonal contraception)..... yes no  
Which: .....
15. Have you taken any medication in the last 4 weeks? (antibiotics, painkillers, etc.) ..... yes no  
Which: .....
16. Have you been currently treated or monitored due to any disease? (including infectious diseases) .....yes no  
Which: .....
17. Do you have any of the following symptoms: excessive night sweats, fever, swollen lymph nodes, unintentional weight loss?.....yes no
18. Have you had any illness (cold, sore throat, diarrhoea, etc.) or open wound injury in the last 4 weeks?..... yes no  
Specify: .....
19. Have you had dental treatment or a minor surgical procedure in the last 7 days? .....yes no  
Specify: .....
20. Have you found a tick attached to your body in the last 4 weeks? ..... yes no
21. Have you had Lyme disease or infectious mononucleosis in the last year?..... yes no
22. Have you had any vaccination in the last year? .....yes no  
Against what: .....When: .....
23. In the last 4 months:
  - a. Have you undergone any transplantation, surgery, hospital treatment, intravenous medication administration, endoscopy (stomach, intestine, urinary tract or respiratory system examinations)?..... yes no  
Which: .....When: .....
  - b. Have you been injured with a used needle or come into contact with someone else's blood?.....yes no
  - c. Have you been imprisoned or been held in a lock-up or detention centre?.....yes no
  - d. Have you been in close contact (family, sexual intercourse) with patients with infectious hepatitis, HIV/AIDS, other infectious diseases or with intravenous drug user?.....yes no  
Specify: .....

**MEDICAL HISTORY (diseases suffered from birth to the present day)**

- 24. Infectious diseases: infectious hepatitis, HTLV I/II virus infection or carriage, tuberculosis, osteomyelitis, tick-borne encephalitis, other transmittable diseases (yellow fever, brucellosis, tularemia, toxoplasmosis, listeriosis, malaria, babesiosis, leishmaniasis, Chagas' disease, Q fever, typhoid, paratyphoid, etc.)..... yes no
- 25. Heart diseases, vascular diseases, high or low blood pressure..... yes no
- 26. Diseases of the nervous system (repeated states of unconsciousness, convulsions, seizures, epilepsy, etc.)..... yes no
- 27. Do you have any other chronic disease or are you under continuous care by a medical specialist (regular consultations or follow-up visits with specialist in gastroenterology, pulmonary medicine, haematology, nephrology, urology, endocrinology, diabetology, rheumatology, psychiatry, oncology, etc.)?..... yes no  
If yes, please specify your problems (all diagnoses):.....
- 28. Have you ever had thrombosis or are you diagnosed with higher risk of blood clotting (Leiden mutation, prothrombin mutation, etc.)?..... yes no
- 29. Surgeries and all major injuries; transplantations ..... yes no  
Which: ..... When (year): ..... Where (country): .....
- 30. Blood transfusion ..... yes no  
When (year): ..... Where (country): .....
- 31. Have you ever received a dura mater (brain covering) graft or any xenotransplantation product (cornea, eardrum)? ..... yes no
- 32. Allergies and immune disorders – please specify: ..... yes no
- 33. Have you or any of your relatives been diagnosed with Creutzfeldt-Jakob disease or its variant (vCJD)?..... yes no
- 34. Have you ever used any medication for the treatment of acne (e.g. Aknenormin, Accutane, Tegison, Tigason, Neotigason), prostate problems (e.g. Finard, Finex, Penester, Avodart, Dutalan, Tropolan) or basal cell carcinoma (Vismodegib/Erivedge, Sonidegib/Odomzo)?..... yes no
- 35. Have you ever been treated for growth or developmental disorders (e.g. with hormones)..... yes no

**RISKY SEXUAL BEHAVIOUR**

- 36. Have you ever been treated for alcoholism or drug addiction?..... yes no
- 37. Have you ever taken illegal drugs (in particular with a needle)?..... yes no
- 38. Have you ever injected yourself or been injected with non-prescribed drugs (including anabolic steroids)?..... yes no
- 39. Have you ever had a HIV test or IV?..... yes no
- 40. Have you ever been treated for HIV infection?..... yes no
- 41. Have you ever used any medication to prevent HIV infection (pre-exposure or post-exposure prophylaxis)?..... yes no  
When (year): ..... Which form: ..... injections / pills.....
- 42. Have you had a new sexual partner or more than one sexual partner in the last 4 months?..... yes no  
If yes, did you have anal sex in the last 4 months?..... yes no
- 43. Have you ever been treated for any other sexually transmitted disease (syphilis, gonorrhoea, etc.)?..... yes no
- 44. Other forms of risky sexual behaviour (see INFORMATION FOR BLOOD DONOR)?..... yes no

**I confirm that I have not withheld any material facts and all the information that I have provided is true to the best of my knowledge and belief (withholding of facts that may endanger the health or life of the transfusion recipient is punishable by law).**

I have read the "Information for Blood Donors" and understand its contents. Within the meaning of the "Information for Blood Donors", I consider myself to be a suitable blood donor whose blood will not endanger the health of the recipient. I declare that I do not come to donate blood for the purposes of HIV/AIDS testing. I understand that I should rest for at least 30 minutes after blood donation and only then actively participate in road traffic. I fully understand that for the safety of the donated blood, it is required not to smoke for at least 3 hours before the donation.

**I agree that my personal data and information about my health condition may be recorded in compliance with mandatory confidentiality under applicable law and used in accordance with the principles of medical confidentiality within the transfusion service (e.g., reference laboratories for infectious diseases, etc.) and for the education purposes of healthcare students. I agree that my personal data may be communicated to ČČK (the Czech Red Cross) entities for the purposes of rewarding blood donors.**

I agree that medicinal products made from my blood may be used in accordance with ethical principles to treat patients under applicable legislation, only if they meet the requirements for their safety and quality. In case of excess medicinal products manufactured in the Czech Republic, I agree with their export for the purposes of treating patients in other countries.

I agree that a sample of my blood may be used for research and educational purposes ..... yes no

Date ..... Signature of the Donor .....

**EVALUATION OF THE QUESTIONNAIRE BY AN AUTHORIZED MEDICAL STAFF MEMBER**

Suitable	<input type="checkbox"/>	Unsuitable	<input type="checkbox"/>	Unsuitable due to .....
Date .....	Signature .....			
Signature of a witness for blind blood donors .....				