



ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πατρώνυμο:		Μητρώνυμο:	
Ημ/νία Γέννησης:	___/___/_____	Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άρρεν / <input type="checkbox"/> Θήλυ
Τόπος γέννησης: (Χώρα - Περιφέρεια)		Μορφωτικό επίπεδο:	
Διεύθυνση: (οδός - αρ.)		Τ.Κ. - Πόλη:	
Τηλ.:		Κιν.:	
		Email:	
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:		ΑΜΚΑ:	

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: _____ Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
<input type="checkbox"/> 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	
<input type="checkbox"/> 4. Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: _____ Νοσοκομείο νοσηλείας: _____
<input type="checkbox"/> 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: _____
<input type="checkbox"/> Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για ασθενή)	

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 την 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 ιό 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. Βιβλιário Υγείας	<input type="checkbox"/> 6. Άδεια Οδήγησης
<input type="checkbox"/> 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημοσίου εγγράφου :		

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Έχετε δώσει αίμα άλλη φορά;	ΝΑΙ: <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ: <input type="checkbox"/>	Πότε δώσατε τελευταία φορά;		
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία; Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα; Είχατε ποτέ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Είχατε ποτέ μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας; Λήψη φαρμάκων; Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη; Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό; Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους; Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας; Έχετε ακούσει ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών αγελάδων); Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΚΑΝΑΤΕ: Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα; Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα; Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε; Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο; Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία/Φυματίωση	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσατε έγκυος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προκάρδιους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<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 ο 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), σύμφωνα 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.): mm/Hg Σφύξεις: /min Θερμοκρασία: °C Βάρος: Kg
Αιματοκρίτης: % Αιμοσφαιρίνη: gr/dl Ύψος: 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:

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)

Τύπος Ασκού:	<input type="checkbox"/> Διπλός <input type="checkbox"/> Τριπλός <input type="checkbox"/> Τετραπλός	<input type="checkbox"/> Παιδιατρικός <input type="checkbox"/> Λευκαφαιρεμένος	<input type="checkbox"/> 35 ημερών <input type="checkbox"/> 42 ημερών	Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ		