



Historia del donante		Fecha de donación ____ / ____ / ____
Número de donación:		Grupo ABO Y Rh (D)
Nombre y apellido:		
Documento:	Sexo:	ANTICUERPOS IRREGULARES
Fecha de nacimiento: / /	Edad: años	
Ocupación:	Estado civil:	Antígenos Sist. Rh y otros
Domicilio:	Ciudad:	
Prestador de salud:	Teléfono:	SEROLOGÍA
Correo electrónico:		

Tipo de donación:

Consentimiento informado:

Yo (nombre y apellido) _____ con documento _____ estoy de acuerdo y acepto que se me extraiga la cantidad adecuada de sangre y entiendo que será estudiada y utilizada de acuerdo con las normas vigentes. Se me explicó y se me dio la oportunidad de preguntar lo que yo consideré necesario para comprender y analizar el procedimiento de la donación.

Entiendo que durante o después de la donación de sangre puedo sufrir alguna reacción adversa como hematoma en el sitio de punción, mareos, náuseas, pérdida temporal de conocimiento o excepcionalmente, otra sintomatología de mayor gravedad. Me han informado acerca de las conductas de riesgo para transmitir enfermedades por la sangre. Yo me comprometo a responder sinceramente todas las preguntas y consiento expresamente que se me realicen las pruebas necesarias para el diagnóstico de virus de VIH y otras enfermedades infecciosas transmisibles por vía sanguínea. Dejo constancia de que me han asegurado la debida confidencialidad de los resultados de los estudios y autorizo que se me cite para ser informado personalmente de los mismos en caso de alguna irregularidad. Así, otorgo mi consentimiento para permanecer en el registro como potencial donante de sangre u otro hemocomponente.

Firma del donante

Firma del entrevistador

Examen físico:

Ayuno: _____ horas

Impresión general:

Hb: _____ gr/dl	Grupo _____	Hto: _____ %	Peso: _____ Kg.	Altura: _____ cm.
IMC: _____	Pulso: _____ /min	Temp: _____ °C	P.A.: _____ mmHg.	

Observaciones:

Se autoriza a la extracción: SI NO

por el motivo de _____ generando un

- Diferimiento transitorio
- Diferimiento definitivo

por _____ días y _____ meses.

Firma y aclaración

Extracción de Sangre:

Hora de inicio: _____

Punción de MS derecho MS izquierdo Ambos MMSS Punción difícil

Peso estimado de la unidad _____ g.

Bolsa, marca y tipo: _____ Lote: _____

Vencimiento _____ Número de tubuladura: _____

Observaciones - Reacción adversa a la extracción: _____ Hora de finalización: _____

Fraccionamiento:

SANGRE TOTAL

SANGRE DESPLASMATIZADA __

CONCENTRADO PLAQUETARIO __

CPDU F1 __

CPDU F2 __

PLASMA FRESCO __

PLASMA CONSERVADO __

CRIOPRECIPITADO __

OTROS __

Cuestionario al donante

1. ¿Leyó y comprendió el material que se le entregó a su ingreso?
2. ¿Es esta su primera donación?
3. ¿Donó sangre, plaquetas o plasma en los últimos tres meses?
4. ¿Ha sido rechazado como donante en alguna ocasión?
5. ¿Padeció o padece alguna enfermedad que requiera o haya requerido atención médica, cirugía o internación?
6. ¿Toma o utiliza alguna medicación?
7. ¿Ha tomado aspirina o algún otro analgésico en los últimos 7 días?
8. ¿Ha viajado al exterior?
9. ¿Tiene alguna reacción alérgica o alguna lesión en la piel?

LAS SIGUIENTES 3 PREGUNTAS SON SOLO PARA SEXO FEMENINO:

10. ¿Ha tenido algún embarazo, aborto, parto o cesárea en el último año? ¿Ha recibido inmunoprofilaxis anti D?
11. ¿Está embarazada o tiene posibilidad de estar embarazada?
12. ¿Dio de amantar en los últimos 6 meses?

EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

13. ¿Solicitó o recibió atención médica u odontológica?
14. ¿Padeció resfrío, tos, diarrea o fiebre?
15. ¿Recibió alguna vacuna o inyectable?

EN ESTOS ÚLTIMOS 6 MESES:

16. ¿Estuvo detenido o en prisión?
17. ¿Perdió más de 10 kilos de forma inexplicable?
18. ¿Se hizo algún tatuaje, *piercing*, se colocó caravanas o le realizaron acupuntura?

EN ALGUNA OCASIÓN A LO LARGO DE SU VIDA:

19. ¿Mantuvo o mantiene relaciones sexuales que impliquen el riesgo de contraer alguna enfermedad que luego sea transmisible vía sanguínea?
20. ¿Nació, vivió o trabajó en algún país extranjero?
21. ¿Ha sufrido episodios repetidos de crisis epilépticas, convulsiones o desmayos?

22. ¿Tuvo alguna enfermedad grave de la sangre, pulmón, corazón, cerebro, riñón, tiroides, aparato digestivo o de algún otro órgano?
23. ¿Tuvo hepatitis, ictericia, problemas en el hígado o contacto con personas con hepatitis?
24. ¿Tuvo o tiene algún tipo de cáncer?
25. ¿Ha sufrido alguna enfermedad o reacción alérgica grave?
26. ¿Ha padecido alguna enfermedad infecciosa como chagas, mononucleosis, tuberculosis, malaria, brucelosis?
27. ¿Ha recibido transfusión de sangre?
28. ¿Ha recibido hormona de crecimiento de origen humano?
29. ¿Le han practicado injertos o trasplantes?
30. ¿Es portador de HIV o virus del SIDA, cree que podría serlo o tiene duda de si lo es?
31. ¿Consume algún tipo de droga habitualmente?
32. ¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual, sífilis, gonorrea, etc.?
33. ¿Entiende que las pruebas de laboratorio que se realizarán a la sangre que usted dona NO son 100% sensibles para detectar enfermedades?
34. ¿Entiende que mentir en las respuestas a las preguntas que acaba de responder puede generar enfermedades graves e incluso la muerte para las personas que reciban su sangre?
35. ¿Tiene alguna duda de las preguntas realizadas o quiere consultar algo?

Estimado donante:

Para mejorar nuestra atención nos permitimos pedirle nos señale su conformidad o disconformidad con nuestro trato y servicio.

Agradecemos también las sugerencias que nos pueda aportar para mejorar.

Muy satisfecho

Satisfecho

Poco satisfecho

No satisfecho

Sugerencias:

Usted ya donó sangre, le damos las gracias

Si a pesar de lo que contestó en la entrevista le surgen dudas de la seguridad de su sangre, puede manifestarlo ahora.

Mi sangre puede utilizarse

No se puede utilizar mi sangre

Le agradecemos su donación de sangre que es de vital importancia. Una vez transcurrido el plazo entre donaciones:

¿Estaría dispuesto a volver a donar?

SI

NO