

## KRAUJO IR KRAUJO SUDĖTINIŲ DALIŲ DONORŲ APKLAUSOS ANKETA

Kiekvieną kartą prieš duodamas kraujo ar kraujo sudėtinių dalių donoras privalo užpildyti šią anketą, o kilus klausimų, kreiptis į kraujo donorystės įstaigos gydytoją.

Donoro vardas, pavardė \_\_\_\_\_

- |   | Taip                     | Ne                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ar gerai jaučiatės? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ar pastarąjį mėnesį vartojote vaistus, buvote skiepijamas (-a), lankėtės pas odontologą?<br>Jei taip, patikslinkite _____  |                          |                          |
| 3. Ar skaitėte kraujo donorystės įstaigos mokomąją medžiagą, žinote bei suprantate, kas yra AIDS, hepatitas bei saugūs lytiniai santykiai? Jei taip, pažymėkite X _____                           | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4. Ar per paskutinius 12 mėnesių turėjote lytinių santykių su partneriu (jei taip, pažymėkite X):<br>- infekuotu žmogaus imunodeficito ar hepatitų virusais? _____                                | <input type="checkbox"/> |                          |
| - vartojusiu injekcinius narkotikus? _____  | <input type="checkbox"/> |                          |
| - gaunančiu atlygį (ypač pinigais ar narkotikais) už lytinius santykius? _____  | <input type="checkbox"/> |                          |
| - sergančiu hemofilija (kraujo krešėjimo sutrikimu) _____   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5. Ar kada nors vartojote narkotines ar kitas nelegaliai įsigytas medžiagas (anabolinius steroidus), ypač injekcines? Jei taip, patikslinkite _____   |                          |                          |
| 6. Ar kada nors turėjote lytinių santykių už pinigus ar narkotikus? Jei taip, patikslinkite _____   |                          |                          |
| 7. Ar per pastaruosius 6 mėnesius turėjote nesaugių lytinių santykių (kaip apibrėžta kraujo donorystės įstaigos mokomojoje medžiagoje)? Jei taip, pažymėkite X _____                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8. Ar per paskutinius 12 mėnesių (jei taip, pažymėkite X):<br>- buvote tirtas (-a) asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, operuotas (-a)? _____   | <input type="checkbox"/> |                          |
| - vėrėte auskarus, darėte tatuiruotę ar buvote gydomas akupunktūra? _____   | <input type="checkbox"/> |                          |
| - Jums buvo perpilti kraujo komponentai? _____  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9. Klausimas moterims:<br>- ar esate (buvote per paskutinius 12 mėnesių) nėščia? Jei taip, pažymėkite X _____   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10. Ar turite giminių, sergančių Krocifeldo-Jakobo liga? Jei taip, pažymėkite X _____   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11. Ar buvote gydytas (-a) preparatais, pagamintais iš žmogaus ar gyvūnų organų (augimo hormonai, nevaisingumo gydymas hormonais, skiriant gonadotropinius hormonus) Jei taip, pažymėkite X _____ | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12. Kur gimėte (nurodykite šalį) _____  |                          |                          |
| 13. Ar per paskutinius 12 mėnesių buvote įkalintas (-a) kardomojo kalnimo ar laisvės atėmimo vietose? Jei taip, pažymėkite X _____  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14. Ar 4 metų laikotarpiu gyvenote užsienyje ilgiau nei 6 mėn.? Jei taip, išvardykite šalis, kuriose gyvenote _____   |                          |                          |
| 15. Ar buvote išvykęs į užsienį per pastaruosius 6 mėn.? Jei taip, išvardykite šalis, į kurias buvote išvykęs _____   |                          |                          |
| 16. Ar kada nors sirgote (jei taip, pabraukite):<br>- gelta, maliarija, tuberkulioze, kitomis infekcinėmis ligomis (patikslinkite)? _____   |                          |                          |
| - širdies ir kraujagyslių ligomis, padidėjusio kraujospūdžio ligomis _____  |                          |                          |
| - alergija, bronchų astma? _____  |                          |                          |
| - nervų sistemos ligomis, ar buvo traukulių, sąmonės sutrikimų? _____   |                          |                          |
| - kraujo ligomis, krešėjimo sutrikimu? _____  |                          |                          |
| - lytiškai plintančiomis ligomis? _____   |                          |                          |
| - kitomis lėtinėmis ligomis, dėl kurių esate/buvote stebimas (-a) gydytojo? Jei taip, patikslinkite _____   |                          |                          |
| - COVID-19 liga (koronaviruso infekcija)? Jei taip, nurodykite patvirtinimo datą _____  |                          |                          |
| 17. Ar dirbate rizikingą darbą / užsiimate rizikinga veikla (kaip apibrėžta kraujo donorystės įstaigos mokomojoje medžiagoje) _____   |                          |                          |
| 18. Ar kada nors buvote atsisakę duoti kraujo ar jo sudėtinių dalių? Jei taip, nurodykite priežastį _____   |                          |                          |
| 19. Ar kada nors buvo atsisakyta iš Jūsų imti kraują ar jo sudėtinę dalis? Jei taip, nurodykite priežastį _____   |                          |                          |
| 20. Ar sutinkate duoti (pažymėkite X):<br>- kraujo? _____   | <input type="checkbox"/> |                          |
| - kraujo sudėtinių dalių (trombocitų / plazmos / eritrocitų) aferezės būdu _____  | <input type="checkbox"/> |                          |

Patvirtinu, kad perskaičiau ir supratau pateiktą mokomąją medžiagą, turėjau galimybę užduoti klausimų, gavau tinkamus atsakymus į visus užduotus klausimus ir pagal pateiktą informaciją sutinku tęsti kraujo ar jo sudėtinių dalių davimo procedūrą. Užtikrinu, kad visa mano pateikta informacija, mano turimais duomenimis, yra teisinga.

Donoras (-ė) \_\_\_\_\_

Parašas, data

Kraujo donorystės įstaigos gydytojas \_\_\_\_\_

Parašas, data