

| | | | | | |
|------------------|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--|
| Nom i Llinatges: | | | | N. de donant: | |
| Sexe: M/F | Idioma: | NIF: | Pais de naixement: | Data de naixement: | |
| Adreça: | Població: | | Codi Postal: | | |
| Telèfon fix: | Telèfon mòbil: | Correu electrònic: | | | |

INFORMACIÓ SOBRE SIDA I HEPATITIS: LLEGIU-LA ABANS DE DONAR

Voleu donar sang a persones malaltes; abans de l'entrevista mèdica us demanam, per favor, que llegiu atentament aquest full informatiu. Les condicions que es descriuen us permeten autoexcloure-us com a donant si us trobau en algun dels supòsits que prohibeix legalment la donació.

PER FAVOR, NO PODEU DONAR SANG SI ACTUALMENT O EN EL PASSAT:

- Teniu antecedents de drogoaddicció endovenosa o intramuscular, encara que només hagi estat una vegada, inclòs el tractament amb esteroides o hormonal per a augment de la musculació.
- Heu mantingut **relacions sexuals (anals, vaginals o orals)** amb diferents homes o dones, en **els darrers 4 mesos**.
- Heu patit en els darrers 12 mesos malalties de transmissió sexual: sífilis, gonorrea, etc.
- Heu tengut contactes sexuals a canvi de diners, drogues o alguna altra contraprestació.
- Patiu una **coagulopatia greu** (hemofília) i tractament amb factors de coagulació de forma continuada.
- Heu mantingut relacions sexuals amb persones que es troben en algunes de les situacions esmentades anteriorment.
- Teniu anticossos contra el VIH o la SIDA
- Heu patit o patiu **hepatitis B o C**.
- Heu estat en contacte domèstic directe o heu mantingut **relacions sexuals** en els darrers 4 mesos amb persones afectades **per hepatitis B i/o C**.
- Manteniu o heu mantingut **relacions sexuals** (anals, vaginals o orals) amb persones amb infecció per **VIH o SIDA**.
- Us heu fet **tatuatges, acupuntura**, perforacions corporals (**pírcing**), **endoscòpia** (artroscòpia, gastroscòpia, colonoscòpia, otorrinolaringoscòpia) **en els darrers 4 mesos**.
- Heu sofert una **punxada d'agulla accidental**, una esquitxada o un altre tipus d'exposició cutània o mucosa amb sang o fluids d'una persona malalta o d'origen desconegut **en els darrers 4 mesos**.
- Heu **rebut sang** o hemoderivats en els darrers 4 mesos. Si ha estat **fora d'Espanya** consultau amb el metge.

Si només voleu fer-vos les proves del VIH, de la SIDA o hepatitis, NO DONEU SANG i consultau amb el metge del Banc de Sang i Teixits; poden fer-vos aquestes proves al vostre Centre d'Atenció Primària.

Ocultar antecedents, circumstàncies o dades patològiques relatives a les condicions mínimes d'aptitud per a la donació o causes d'exclusió temporals o definitives, es considera una infracció greu que es pot sancionar (article 40.3.a del Reial Decret 1.088/2005).

Amb la meua firma declar que:

He llegit i entenc el material que m'heu proporcionat i no em trob en cap de les circumstàncies que exclouen de la donació de sang, he tengut l'oportunitat de realitzar preguntes, i he rebut una resposta satisfactòria a totes. M'han informat sobre la destinació de la meua donació de sang i sobre els efectes secundaris que puc presentar amb relació a la donació de sang.

Confirm que la informació que he aportat és verídica al meu lleial saber i entendre.

- En el cas de **l'autodonació**, m'han informat que la sang autòloga i els seus components poden ser insuficients per a les necessitats transfusionals previstes.
- En el cas de la **donació per afèresi**, declar que m'han informat de les característiques del procés de donació per afèresi, de les seves possibles complicacions, i don el meu consentiment per efectuar-la.
- En el cas de ser un **candidat a donant** i no poder donar en aquesta ocasió, autoritz que les meves dades siguin incloses als fitxers informàtics de la Fundació Banc de Sang i Teixits amb la finalitat de gestionar la donació de sang en un futur.

La Fundació Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears (C/Rosselló i Caçador, 20 - 07004 Palma) inclourà les meves dades personals en un fitxer informatitzat de la custòdia del qual i secret es responsabilitza, d'acord amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades (15/1999), i els emprarà exclusivament per fer la seva tasca sanitària i gestió de la donació de sang. La FBSTIB pot cedir les dades d'identificació, com ara nom, adreça i telèfon, com també el grup sanguini i nombre de donacions, a un tercer per a la promoció de la donació de sang sempre que aquest compleixi amb la LOPD. Tenc dret a l'accés, rectificació, (pendent de revisió cancel·lació i oposició) de les meves dades mitjançant sol·licitud escrita i signada al responsable del fitxer. Don el meu consentiment per efectuar una donació de sang altruista, voluntària i responsable i sé que aquesta s'ha de sotmetre a les anàlisis preventives establertes per la llei a més d'altres anàlisis per a estudis epidemiològics i que aquests resultats els ha de tractar la FBSTIB.

Signatura del/ de la donant

CONFIDENCIAL