



FUNDACIÓN BANCO
CENTRAL DE SANGRE

Nº DONANTE. COLOCAR AQUÍ ETIQUETA
DONANTE Ó CÓDIGO DE BARRA

Caseros 1576 - (5000) Córdoba
Tel: 0351 - 4882121 / 4807373
www.fundacionbcsangre.org.ar

Apellido y Nombre: DNI Nº:
Fecha de nacimiento:/...../..... Lugar de Nacimiento: Estado Civil:
Domicilio Calle: Nº Dpto: Piso:
Barrio: Ciudad: Código Postal:
Provincia: Tel. Fijo: Tel. Celular:
Correo Electrónico: Profesión y/o actividad laboral:

NO HACE FALTA QUE CONTESTE A ESTAS PREGUNTAS. Si usted se encuentra en alguna de las siguientes situaciones, no debe donar sangre. Puede consultar a un profesional o abandonar la sala si lo desea.

¿Es portador/a del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus del SIDA, o cree que podría serlo?

¿Es portador/a del virus de la Hepatitis B o Hepatitis C o cree que podría serlo?

¿Se ha inyectado o se inyecta drogas (cocaína, heroína, hormonas para aumentar la musculatura u otras)?

¿Ha aceptado dinero, drogas o algún otro tipo de pago a cambio de relaciones sexuales?

¿En los últimos 12 meses, ha estado detenido por más de 72 horas en instituciones carcelarias o policiales?

¿En los últimos 12 meses, mantuvo relaciones sexuales de riesgo, entendiendo como tales aquellas con:

- Alguna persona residente u originaria de zonas del mundo donde el virus del SIDA está muy extendido (Africa subsahariana o Tailandia).
- Personas que desconocen su situación ante el virus VIH, Hepatitis B ó C u otras enfermedades transmisibles por sangre, o que tienen pruebas positivas de las mismas.
- Personas usuarias de drogas inyectables ilegales.
- Pacientes que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente.

Condiciones básicas para la donación de sangre:

SI NO

¿Es mayor de 18 años y pesa más de 50 kg?

☐ ☐

¿Tiene buena salud?

☐ ☐

Si es mujer, ¿está embarazada o lo estuvo en las últimas 8 semanas?

☐ ☐

Lugar y fecha de la última donación:

Donaciones anteriores:

SI NO

¿Fue rechazado alguna vez?

☐ ☐

¿Tuvo alguna reacción post-donación?

☐ ☐

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL DONANTE:

No me encuentro en ninguna de las situaciones que excluyen de la donación de sangre y he tenido la oportunidad de pedir información y de autoexcluirme. He recibido información sobre el destino de mi donación de sangre y sobre los efectos secundarios que puedo presentar en relación con la donación de sangre. No he recibido dinero u otra compensación para donar sangre. Declaro que contesté sinceramente todas las preguntas. Consiento expresamente que se me efectúen las pruebas necesarias para detectar enfermedad transmisible por sangre, incluida la prueba para detectar el virus VIH/SIDA. Dejo constancia de haberse asegurado debida confidencialidad de los resultados de los estudios, autorizando se me cite para ser informado personalmente por los médicos en caso de alguna anormalidad.

DONANTE APTO: SI ☐ NO ☐

MOTIVO: TIEMPO:

Apellido y Nombre del Donante:

Firma:

Apellido y Nombre del responsable de la entrevista:

Firma:

⊗ NO COMPLETE LOS ESPACIOS SIGUIENTES ▼

Exclusivo para personal de la Fundación

FECHA DE EXTRACCIÓN:

Código Colecta:

Tipo de Donación:

PESO:

T.A.:

Hb:

Hto:

Temperatura:

FC:

Tipo de Bolsa:

Marca:

Lote:

Nº chicote:

Vto:

Brazo: Izq. ☐ Der. ☐

Reacción Adversa: SI ☐ NO ☐ TIPO:

RESOLUCIÓN Y MEDIDAS ADOPTADAS:

APELLIDO, NOMBRE Y FIRMA DEL
TÉCNICO ENCARGADO DE EXTRACCIÓN:

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA

	SI	NO		SI	NO
1. COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN AL DONANTE:			f. ¿Convive o ha convivido, mantiene o ha mantenido contacto con alguien que padeciera hepatitis, ictericia (piel amarilla) o fuera portador del virus de la Hepatitis?	☐	☐
a. ¿El Banco de Sangre le ha proporcionado información escrita y comprensible sobre la Donación de Sangre? (En caso de dudas, pregunte lo que considere necesario a los profesionales que lo atenderán).	☐	☐	8. EN ALGUNA OCASIÓN, EN EL TRANSCURSO DE SU VIDA:		
2. PRECAUCIÓN EN LAS PRÓXIMAS 12 HORAS:			a. ¿Ha padecido alguna enfermedad grave que haya exigido control médico periódico?	☐	☐
a. ¿Debe realizar alguna actividad deportiva o laboral de riesgo (trabajo en altura, escalada), o conducir un vehículo de transporte público?	☐	☐	b. ¿Ha padecido Hepatitis, se ha puesto amarillo, o ha tenido problemas de hígado?	☐	☐
3. MEDICACIÓN:			c. ¿Ha sufrido alguna enfermedad del riñón, cerebro, pulmón, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones?	☐	☐
a. ¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún medicamento, incluso homeopático?	☐	☐	d. ¿Ha padecido alguna enfermedad del corazón o problemas de presión sanguínea?	☐	☐
b. ¿Ha tomado alguna vez Eterinato o alguna medicación para problemas de la piel? Psoriasis, acné, otra.	☐	☐	e. ¿Ha sufrido episodios repetidos de crisis epilépticas, convulsiones o síncope?	☐	☐
c. ¿Está tomando medicación para la próstata?	☐	☐	f. ¿Padece diabetes tratada con Insulina?	☐	☐
d. ¿Ha tomado aspirina en los últimos tres días?	☐	☐	g. ¿Ha padecido algún tipo de cáncer?	☐	☐
4. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:			h. ¿Ha padecido alguna reacción alérgica? ¿Está o ha estado bajo tratamiento para la alergia?	☐	☐
a. ¿Ha presentado fiebre, malestar general acompañado de dolor de cabeza?	☐	☐	i. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad inmunitaria?	☐	☐
b. ¿Ha tenido diarrea?	☐	☐	j. ¿Ha padecido alguna enfermedad de la sangre? Ejemplo: hemorragias, anemia, exceso de glóbulos rojos, leucemia, púrpura, otras	☐	☐
c. ¿Fue atendido por un dentista para limpieza, extracciones dentarias, arreglos de caries, cirugía o tratamiento de conducto?	☐	☐	k. ¿Ha recibido hormona de origen humano (antes de 1987)?	☐	☐
5. EN EL ÚLTIMO MES:			l. ¿Ha recibido transplante de tejido procedente de otra persona? Transplante de membranas cerebrales, corneas, otro.	☐	☐
a. ¿Ha recibido alguna vacuna?	☐	☐	m. Usted o algún familiar, ¿Sufre o ha sufrido la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (vaca loca) o alguna variante?	☐	☐
b. ¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad infectocontagiosa?	☐	☐	n. ¿Tuvo usted Paludismo en los últimos 3 años o estuvo en el último año en países donde exista la enfermedad? Zonas endémicas de nuestro país, Paraguay, Bolivia.	☐	☐
6. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:			ñ. ¿Ha tenido enfermedad de Chagas o análisis positivo para la misma?	☐	☐
a. ¿Ha asistido a la consulta de algún médico o ha estado hospitalizado?	☐	☐	9. ESTANCIAS EN EL EXTRANJERO:		
b. ¿Ha sido sometido a algún tipo de endoscopia?	☐	☐	a. ¿Ha residido en un país extranjero?	☐	☐
7. EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES:			b. ¿Ha vivido durante más de 1 año (sumados todos los períodos de permanencia) en Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia, Irlanda del Norte, Islas del Canal, Isla de Man) entre 1980 y 1996?	☐	☐
a. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica y/o recibido sangre u otro componente sanguíneo?	☐	☐			
b. ¿Ha recibido Gammaglobulina?	☐	☐			
c. ¿Ha recibido vacuna para la Rabia u otra de tipo experimental?	☐	☐			
d. ¿Se ha realizado tatuajes, piercing o acupuntura?	☐	☐			
e. Ha estado en contacto con la sangre de otra persona por pinchazo accidental o salpicaduras?	☐	☐			

OBSERVACIONES: _____
