

Muchas gracias por donar sangre

Cada día se requieren 1000 donaciones para atender a todas las personas que necesitan sangre en Cataluña

LEA ESTA INFORMACIÓN ANTES DE CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

La sangre: una posible vía de transmisión de enfermedades infecciosas

La sangre cumple algunas funciones vitales en el organismo, pero puede ser **vehículo de transmisión de agentes patógenos** (bacterias, virus y parásitos) responsables de numerosas enfermedades, como la hepatitis, el sida, la enfermedad de Chagas y la sífilis.

Para evitar transmisiones, en los bancos de sangre practicamos **análisis** muy sensibles que permiten detectar la presencia de patógenos. Sin embargo, no siempre estos análisis son capaces de detectarlos. Por ello, es **SUMAMENTE IMPORTANTE** que **las personas que puedan ser portadoras de algunos de estos patógenos NO DONEN SANGRE**.

NO DONE SANGRE si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Es portador del **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** o **virus del sida** o cree que podría serlo.
- Es portador de alguno de los **virus de la hepatitis (B o C)** o cree que podría serlo.
- Se ha inyectado **drogas** (heroína, hormonas para aumentar la musculatura, etc.) alguna vez en su vida, aunque haya sido una sola vez y haya pasado mucho tiempo desde entonces.
- Ha aceptado en alguna ocasión dinero, drogas u otro tipo de pago a cambio de mantener **relaciones sexuales**.
- Ha mantenido, en los últimos 4 meses, **relaciones sexuales** con: **distintas parejas**, alguna persona portadora del **virus del sida (VIH)**, alguna persona que cambie **frecuentemente** de pareja, alguna persona que haya podido inyectarse **drogas intravenosas**, alguna persona que ejerza o haya ejercido la **prostitución**.

La correcta selección de los donantes es responsabilidad del Banc de Sang i Teixits, que debe establecer los criterios y facilitar la información necesaria a todas las personas que deseen donar sangre, pero también es **responsabilidad del donante. Usted puede colaborar con nosotros para garantizar la máxima seguridad de la sangre destinada a atender correctamente a los enfermos que necesitan una transfusión.**

La donación de sangre **no es un método adecuado para conocer su estado de salud ni equivale a realizarse un análisis de sangre**. Si es esa su intención, será necesario que:

- Consulte con su médico de cabecera.
- Llame al teléfono de información confidencial sobre el sida: **900 212 222**

DONACIÓN DE SANGRE Y BIOBANCO

Consiento que:

1. Se me practique la extracción de sangre para el tratamiento de enfermos.
2. En caso de no poder utilizarse para dicha finalidad, la sangre y/o sus componentes se conserven, de forma anonimizada, en el Biobanco que el Banc de Sang i Teixits tiene reconocido, para que puedan aplicarse a actividades de investigación biomédica autorizadas que tengan por objeto hacer progresar el conocimiento acerca de la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y/o el tratamiento de enfermedades, así como la mejora de los sistemas de control biomédico.
3. Excepcionalmente, si no se utilizan para los fines anteriores, la sangre y/o sus componentes se destinen a actividades de docencia y/o a la elaboración de elementos de diagnóstico y terapia, por parte del propio Banc de Sang i Teixits u otras organizaciones o entidades.

Declaro que:

1. He recibido información complementaria y comprensible referente a:
 - La naturaleza de la sangre y sus componentes, los mecanismos de la donación y los beneficios que de ella se derivan.
 - Los motivos que justifican la necesidad de ser explorado, las causas de exclusión y rechazo de la sangre obtenida y la importancia del consentimiento.
 - La posibilidad de suspender o excluir la donación, en cualquier momento, y de revocar el consentimiento para conservar el producto o aplicarlo a tareas de investigación, en su caso.
 - El compromiso de que se garantizará la trazabilidad de la donación y de que se me comunicará cualquier información obtenida de los análisis, si fuera importante para mi salud.
 - La importancia de informar por mi parte de cualquier enfermedad posterior a la donación que pudiera comprometer el uso de la sangre.
2. He entendido la información y me han sido contestadas satisfactoriamente las

preguntas que, en su caso, he planteado.

3. Es cierto y verídico todo cuanto he declarado en el cuestionario que he rellenado.

4. Soy consciente de que la donación de sangre es un acto voluntario y altruista y que, en consecuencia, no recibiré ninguna compensación económica ni de otro tipo; tampoco en el supuesto de que investigaciones autorizadas con el producto de la donación pudieran generar beneficios.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Consiento que:

1. El BST pueda utilizar mis datos personales para comunicarme toda la información que considere de interés sobre la donación de sangre.
2. El BST facilite mis datos a empresas dedicadas a promocionar la donación, siempre en cumplimiento de los requisitos legales.

Declaro que:

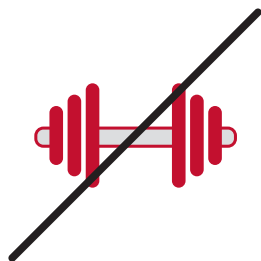
1. He sido informado, en cumplimiento de lo preceptivo, de que mis datos personales serán incorporados, según lo requerido, al Fichero del Registro de Donantes de Sangre de Cataluña que gestiona el Banc de Sang i Teixits y del que es titular la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud, con la finalidad imprescindible de regir debidamente el proceso de donación y de aplicación de hemoderivados.
2. Se me ha garantizado que los datos se conservarán confidencialmente, sujetos a medidas de seguridad de alto nivel, sin perjuicio de las excepciones legalmente establecidas.
3. Asumo que, siempre que lo desee, podré dirigirme al responsable del fichero (Banc de Sang i Teixits, Pg. Taulat, 116. 08005 Barcelona. Tel. 93 557 35 00) a fin y efecto de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, conforme a los términos normativos aplicables.

Después de donar sangre le recomendamos que:



No se retire la tirita hasta que hayan pasado al menos

2 horas



Evite los esfuerzos físicos importantes, especialmente con el brazo en el que se ha practicado la punción, durante las

24 horas siguientes



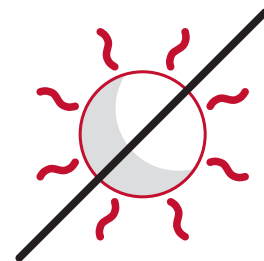
No consuma bebidas alcohólicas ni fume durante las

2 horas siguientes



Beba abundantes líquidos durante las

24-48 horas siguientes



Evite los lugares muy calurosos. Son preferibles los espacios ventilados y frescos

También le aconsejamos que:

- Vuelva a su actividad normal lo antes posible. Es mejor andar que relajarse sentado en una silla.
- Incorpore elementos salados a su dieta durante las 24-48 horas siguientes.
- Si al retirar la tirita, el punto de punción sangra ligeramente, presione esta zona del brazo durante 3-5 minutos.

Si en algún momento tiene sensación de mareo:

- Tiéndase en el suelo y solicite ayuda a las personas que tenga cerca.
- No haga esfuerzos para mantenerse de pie.
- Una vez se haya tendido, ponga las piernas en alto para favorecer la circulación.
- Puede cruzar los tobillos y, en tandas de 5 segundos, contraer y relajar la musculatura de piernas y nalgas.
- El mareo se le pasará en un rato.

Si se va a someter a un análisis en los próximos días, explíquelo al médico que ha donado sangre para que pueda interpretar correctamente los resultados.

Si nota alguna molestia o desea hacernos alguna sugerencia, póngase en contacto con el **Servicio de Atención al Donante** llamando al **93 557 35 00** o escribiendo a **atencionaldonant@bst.cat**

Para más información:

93 557 35 00
donarsang.gencat.cat



BANC DE SANG
I TEIXITS

*Moltes
gràcies*

Escriba en mayúsculas

Nombre	
Apellidos	
Fecha nacimiento	DNI
Dirección	
Código postal	
Población	
Teléfono fijo	Móvil
E-mail	
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

Condiciones básicas para la donación
SÍ NO

 ¿Es mayor de 18 años y pesa 50 kilos o más?

 ¿Se encuentra en buen estado de salud?

 Si es mujer, ¿está embarazada o lo ha estado en los últimos 6 meses?
País de nacimiento

Del donante _____

De la madre _____

Fecha del último viaje al país de nacimiento _____

Marque una opción

¿Cómo desea que le informemos de las campañas?	<input type="checkbox"/> Teléfono fijo	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> E-mail
Idioma preferido	<input type="checkbox"/> Catalán	<input type="checkbox"/> Castellano		

Antes de firmar, cumplimente el cuestionario al dorso
DONACIÓN DE SANGRE Y BIOBANCO
Consiento que:

- Se me practique la extracción de sangre para el tratamiento de enfermos.
- En caso de no poder utilizarse para dicha finalidad, la sangre y/o sus componentes se conserven, de forma anonimizada, en el Biobanco que el Banc de Sang i Teixits tiene reconocido, para que puedan aplicarse a actividades de investigación biomédica autorizadas que tengan por objeto hacer progresar el conocimiento acerca de la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y/o el tratamiento de enfermedades, así como la mejora de los sistemas de control biomédico.
- Excepcionalmente, si no se utilizan para los fines anteriores, la sangre y/o sus componentes se destinen a actividades de docencia y/o a la elaboración de elementos de diagnóstico y terapia, por parte del propio Banc de Sang i Teixits u otras organizaciones o entidades.

Declaro que:

- He recibido información complementaria y comprensible referente a:
 - La naturaleza de la sangre y sus componentes, los mecanismos de la donación y los beneficios que de ella se derivan.
 - Los motivos que justifican la necesidad de ser explorado, las causas de exclusión y rechazo de la sangre obtenida y la importancia del consentimiento.
 - La posibilidad de suspender o excluir la donación, en cualquier momento, y de revocar el consentimiento para conservar el producto o aplicarlo a tareas de investigación, en su caso.
 - El compromiso de que se garantizará la trazabilidad de la donación y de que se me comunicará cualquier información obtenida de los análisis, si fuera importante para mi salud.
 - La importancia de informar por mi parte de cualquier enfermedad posterior a la donación que pudiera comprometer el uso de la sangre.
- He entendido la información y me han sido contestadas satisfactoriamente las preguntas que, en su caso, he planteado.
- Es cierto y verídico todo cuanto he declarado en el cuestionario que he rellenado.
- Soy consciente de que la donación de sangre es un acto voluntario y altruista y que, en consecuencia, no recibiré ninguna compensación económica ni de otro tipo; tampoco en el supuesto de que investigaciones autorizadas con el producto de la donación pudieran generar beneficios.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
Consiento que:

- El BST pueda utilizar mis datos personales para comunicarme toda la información que considere de interés sobre la donación de sangre.
- El BST facilite mis datos a empresas dedicadas a promocionar la donación, siempre en cumplimiento de los requisitos legales.

Declaro que:

- He sido informado, en cumplimiento de lo preceptivo, de que mis datos personales serán incorporados, según lo requerido, al Fichero del Registro de Donantes de Sangre de Cataluña que gestiona el Banc de Sang i Teixits y del que es titular la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud, con la finalidad imprescindible de regir debidamente el proceso de donación y de aplicación de hemoderivados.
- Se me ha garantizado que los datos se conservarán confidencialmente, sujetos a medidas de seguridad de alto nivel, sin perjuicio de las excepciones legalmente establecidas.
- Asumo que, siempre que lo desee, podré dirigirme al responsable del fichero (Banc de Sang i Teixits, Pg. Taulat, 116. 08005 Barcelona. Tel. 93 557 35 00) a fin y efecto de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, conforme a los términos normativos aplicables.

Nombre y apellidos del donante

Firma

Apartado reservado para el responsable de la entrevista

Número de donante		
Fecha de extracción		
Código colecta	Tipo donación	
Peso	Hb	TA
Pulso	Tipo bolsa	
CIP (Código de la Tarjeta Sanitaria de CatSalut)		
Resp. Enfermería		
Observaciones		

Considero que el donante es:

- NO APTO** (se le han explicado los motivos)
- APTO** con analítica **UNIVERSAL**
- APTO** con analítica **UNIVERSAL + CHAGAS**

Nombre y apellidos de la persona responsable de la entrevista

Firma

Comprensión del folleto informativo sobre la donación de sangre	sí	no	En los últimos 6 meses	sí	no
¿El banco de sangre le ha proporcionado información escrita y comprensible sobre la donación de sangre? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha viajado fuera de España? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(si tiene alguna duda, formule las preguntas que considere pertinentes a los profesionales que le atenderán)</i>			¿A dónde? _____		
Precaución en las próximas 12 horas			En alguna ocasión, en el transcurso de su vida		
¿Debe llevar a cabo alguna actividad laboral o deportiva peligrosa (escafandrismo, escalada...) o conducir un vehículo de transporte público? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha residido fuera de España? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Figurar en lista de espera			¿Dónde? _____		
¿Se encuentra actualmente en lista de espera para una consulta o exploración médica? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha viajado a América? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicación			¿A dónde? _____		
¿Está tomando o ha tomado algún medicamento en los últimos días? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 1980 y 1996, ¿vivió durante más de un año –sumando todos los períodos de permanencia– en el Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia, Irlanda del Norte, Islas del Canal, Isla de Man)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado en alguna ocasión Avidart®, Duagen®, Proscar®, Propecia®, Finasterida®, Eucoprost® o Ativol® (Finasteride) por un problema de próstata/alopecia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido excluido como donante? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado en alguna ocasión Neotigason®, Roacutan®, Tigason® o Isotrex® por problemas de la piel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido alguna enfermedad grave que haya exigido controles médicos periódicos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En las últimas 2 semanas			¿Ha padecido hepatitis, ictericia o problemas de hígado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido fiebre acompañada de dolor de cabeza y malestar general? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido alguna enfermedad infecciosa como paludismo (malaria), enfermedad de Chagas, leishmaniosis, mononucleosis infecciosa, tuberculosis, sífilis o gonorrea, entre otras? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha acudido al dentista? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido alguna enfermedad grave de pulmón, cerebro, riñones, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último mes			¿Ha tenido problemas de corazón o de tensión arterial (presión sanguínea)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vacuna? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido episodios repetidos de crisis epilépticas, convulsiones o síncope? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad infecciosa contagiosa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufre diabetes tratada con insulina? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 4 meses			¿Ha padecido algún tipo de cáncer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha efectuado alguna consulta a un médico o ha sido hospitalizado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sufrido alguna enfermedad o reacción alérgica grave? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a una endoscopia: colonoscopia, gastroscopia, rectoscopia u otras? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido algún problema hemorrágico o alguna enfermedad de la sangre, como anemia o exceso de glóbulos rojos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido tratado con acupuntura practicada con material no desechable? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido alguna transfusión de sangre o de factores de la coagulación? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha hecho un tatuaje y/o piercing? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido hormona del crecimiento de origen humano (antes de 1987)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido contacto con la sangre de otra persona por un pinchazo accidental o una salpicadura? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido algún órgano o tejido (duramadre, córnea, otros...)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha convivido o ha mantenido contacto íntimo con una persona afectada de hepatitis, ictericia o portadora del virus de la hepatitis? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o alguno de sus familiares sufre o ha sufrido encefalopatía espongiforme (la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a una intervención quirúrgica? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido o padece infección por el virus linfotrópico humano (HTLV-I/II)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>