

# Moltes gràcies per donar sang

Cada dia calen 1.000 donacions per atendre totes les persones que necessiten sang a Catalunya

## LLEGEIXI AQUESTA INFORMACIÓ ABANS D'EMPLENAR EL QÜESTIONARI

### La sang, una possible via de transmissió de malalties infeccioses

La sang compleix algunes funcions vitals de l'organisme, però pot ser **vehicle de transmissió d'agents patògens** (bacteris, virus i paràsits) responsables de nombroses malalties com l'hepatitis, la sida, la malaltia de Chagas i la sífilis. Per evitar transmissions, els bancs de sang practiquem **anàlisis** molt sensibles per detectar la presència de patògens. Però no sempre aquestes anàlisis permeten detectar-los. Per això, és **MOLT IMPORTANT** que **les persones que poden ser portadores d'alguns d'aquests patògens NO DONIN SANG**.

### NO DONI SANG si es troba en alguna de les situacions següents:

- És portador del **virus de la immunodeficiència humana (VIH)** o **virus de la sida** o creu que podria ser-ho.
- És portador d'algun dels **virus de l'hepatitis (B o C)** o creu que podria ser-ho.
- S'ha injectat **drogues** (heroïna, hormones per augmentar la musculatura, etc.) algun cop a la seva vida, encara que hagi estat tan sols una vegada i fa molt de temps.
- Ha acceptat alguna vegada diners, drogues o un altre tipus de pagament a canvi de mantenir **relacions sexuals**.
- Ha mantingut, en els darrers 4 mesos, **relacions sexuals** amb: **diferents parelles**, alguna persona portadora del **virus de la sida (VIH)**, alguna persona que canvia **frequèntment** de parella, alguna persona que hagi pogut punxar-se **drogues intravenoses**, alguna persona que exerceixi o hagi exercit la **prostitució**.

La correcta selecció dels donants és responsabilitat del Banc de Sang i Teixits, que ha d'establir els criteris i facilitar la informació necessària a totes les persones que desitgen donar sang, però també és **responsabilitat del donant**. **Vostè pot col·laborar amb nosaltres per aconseguir la màxima seguretat de la sang destinada a atendre correctament els malalts que necessiten una transfusió.**

La donació de sang **no és un mètode adequat per conèixer el seu estat de salut o per fer-se unes anàlisis de sang**. Si és això el que vol, cal que:

- Consulti amb el seu metge de capçalera.
- Truqui al telèfon d'informació confidencial de la sida: **900 212 222**

### DONACIÓ DE SANG I BIOBANC

#### Consento que:

1. Se'm faci l'extracció de sang per al tractament de malalts.
2. En cas que no es puguin emprar per a la finalitat anterior, la sang i/o els seus components es conservin, mantenint-ne l'anonimat, en el Biobanc que el Banc de Sang i Teixits té reconegut, per tal que es puguin aplicar a activitats de recerca biomèdica autoritzades que tinguin per objectiu fer progressar el coneixement de la prevenció, el diagnòstic, el pronòstic i/o el tractament de malalties, i també la millora dels sistemes de control biomèdic.
3. De manera excepcional, si no s'utilitzen per a les finalitats anteriors, la sang i/o els seus components es destinin a activitats de docència i/o a l'elaboració d'elements de diagnòstic i teràpia, per part del mateix Banc de Sang i Teixits o altres organitzacions o entitats.

#### Declaro que:

1. He rebut informació complementària i entenedora referent a:
  - La naturalesa de la sang i els seus components, els mecanismes de la donació i els beneficis que se'n deriven.
  - Els motius que justifiquen la necessitat de ser explorat, les causes d'exclusió i de rebuig de la sang obtinguda i la importància del consentiment.
  - La possibilitat de suspendre o excloure la donació, en qualsevol moment, i de revocar el consentiment per conservar-ne el producte o aplicar-lo a tasques de recerca, si és el cas.
  - El compromís que es garantirà la traçabilitat de la donació i que se m'oferirà la informació que s'obtingui de les anàlisis, si és important per a la meua salut.
  - La importància que informi de qualsevol malaltia posterior a la donació que pugui comprometre l'ús de la sang.

2. He entès la informació i m'han estat contestades satisfactòriament les preguntes que, si és el cas, he plantejat.
3. És cert i verídic tot el que he fet constar al qüestionari que he emplenat.
4. Conec que la donació de sang és voluntària i altruista i que, en conseqüència, no rebré cap compensació econòmica ni de cap tipus; tampoc en el cas que investigacions autoritzades amb el producte de la donació puguin generar beneficis.

### TRACTAMENT DE DADES PERSONALS

#### Consento que:

1. El BST pugui utilitzar les meves dades personals per comunicar-me tota la informació que consideri d'interès sobre la donació de sang.
2. El BST faciliti les meves dades a empreses dedicades a la promoció de la donació, sempre en compliment dels requeriments legals.

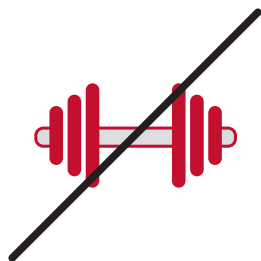
#### Declaro que:

1. He estat informat, en compliment del que és obligatori, que les meves dades personals s'incorporaran, tal com és necessari, al Fitxer del Registre de Donants de Sang de Catalunya que gestiona el Banc de Sang i Teixits i del qual és titular la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries del Departament de Salut, amb la finalitat imprescindible de regir adequadament el procés de donació i d'aplicació d'hemoderivats.
2. Se m'ha garantit que les dades es conservaran confidencialment, sotmeses a mesures de seguretat d'alt nivell, sens perjudici de les excepcions que estableixen les lleis.
3. Assumixo que, sempre que vulgui, em podré adreçar al responsable del fitxer (Banc de Sang i Teixits, Pg. Taulat, 116. 08005 Barcelona. Tel. 93 557 35 00) a fi d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb els termes normatius aplicables.

## Recomanacions per després de donar sang



No es retiri la tireta fins a un mínim de **2 hores després**



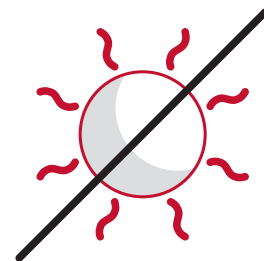
No faci esforços físics importants, sobretot amb el braç punxat, durant les properes **24 hores**



No prengui begudes alcohòliques ni fumi durant les properes **2 hores**



Begui abundants líquids durant les properes **24-48 hores**



Eviti llocs molt calorosos. Millor zones ventilades i fresques

### També li aconsellem que:

- Torni a l'activitat normal al més aviat possible. És millor caminar que relaxar-se assegut en una cadira.
- Incorpori elements salats a la seva dieta durant 24-48 hores.
- Si en retirar la tireta sagna una mica, pressioni el braç durant 3-5 minuts.

### Si en algun moment té sensació de mareig:

- Estiri's a terra i demani ajuda a les persones que tingui al voltant.
- No faci esforços per quedar-se dret.
- Un cop estirat, posi les cames en alt per afavorir la circulació.
- Pot creuar els turmells i, en tandes de 5 segons, contraure i relaxar la musculatura de cames i natges.
- El mareig passarà en una estona.

Si ha de fer-se una anàlítica durant els propers dies, expliqui-li al metge que ha donat sang perquè pugui interpretar correctament els resultats.

En cas que tinguéss alguna molèstia o ens volgués comunicar algun suggeriment pot dirigir-se a qualsevol dels nostres **centres fixos de donació** o contactar amb nosaltres al **Servei d'Atenció al Donant 93 557 35 00** o escrivint-nos a **atencionaldonant@bst.cat**

Per a més informació:

**93 557 35 00**  
**donarsang.gencat.cat**

 **BANC DE SANG  
I TEIXITS**

*Moltes  
gràcies*

**Escriui en majúscules**

|                      |   |
|----------------------|---|
| Nom _____            |   |
| Cognoms _____        |   |
| Data naixement _____ | DNI _____   |
| Adreça _____         |   |
| Codi postal _____    |   |
| Població _____       |   |
| Telèfon fix _____    | Mòbil _____   |
| E-mail _____         |   |
| Sexe                 | <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona |

**Condicions bàsiques per a la donació****SÍ NO**Té més de 18 anys i pesa 50 quilos o més? \_\_\_\_  Es troba bé de salut? \_\_\_\_\_  Si és dona, està embarassada o ho ha estat en els darrers 6 mesos? \_\_\_\_\_  **País de naixement**

Del donant \_\_\_\_\_

De la mare \_\_\_\_\_

Data de l'últim viatge al país de naixement \_\_\_\_\_

**Triï una opció**

|  |                                      |                                   |  |                                 |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Com desitja que l'informem de les campanyes? | <input type="checkbox"/> Telèfon fix | <input type="checkbox"/> Mòbil    | <input type="checkbox"/> Correu postal | <input type="checkbox"/> E-mail |
| Idioma preferit                              | <input type="checkbox"/> Català      | <input type="checkbox"/> Castellà |  |                                 |

**Abans de signar, empleni el qüestionari del revers****DONACIÓ DE SANG I BIOBANC****Consento que:**

- Se'm faci l'extracció de sang per al tractament de malalts.
- En cas que no es puguin emprar per a la finalitat anterior, la sang i/o els seus components es conservin, mantenint-ne l'anonimat, en el Biobanc que el Banc de Sang i Teixits té reconegut, per tal que es puguin aplicar a activitats de recerca biomèdica autoritzades que tinguin per objectiu fer progressar el coneixement de la prevenció, el diagnòstic, el pronòstic i/o el tractament de malalties, i també la millora dels sistemes de control biomèdic.
- De manera excepcional, si no s'utilitzen per a les finalitats anteriors, la sang i/o els seus components es destinin a activitats de docència i/o a l'elaboració d'elements de diagnòstic i teràpia, per part del mateix Banc de Sang i Teixits o altres organitzacions o entitats.

**Declaro que:**

- He rebut informació complementària i entenedora referent a:
  - La naturalesa de la sang i els seus components, els mecanismes de la donació i els beneficis que se'n deriven.
  - Els motius que justifiquen la necessitat de ser explorat, les causes d'exclusió i de rebuig de la sang obtinguda i la importància del consentiment.
  - La possibilitat de suspendre o excloure la donació, en qualsevol moment, i de revocar el consentiment per conservar-ne el producte o aplicar-lo a tasques de recerca, si és el cas.
  - El compromís que es garantirà la traçabilitat de la donació i que se m'oferirà la informació que s'obtingui de les anàlisis, si és important per a la meua salut.
  - La importància que informi de qualsevol malaltia posterior a la donació que pugui comprometre l'ús de la sang.
- He entès la informació i m'han estat contestades satisfactòriament les preguntes que, si és el cas, he plantejat.
- És cert i verídic tot el que he fet constar al qüestionari que he emplenat.
- Conec que la donació de sang és voluntària i altruista i que, en conseqüència, no rebré cap compensació econòmica ni de cap tipus; tampoc en el cas que investigacions autoritzades amb el producte de la donació puguin generar beneficis.

**TRACTAMENT DE DADES PERSONALS****Consento que:**

- El BST pugui utilitzar les meves dades personals per comunicar-me tota la informació que consideri d'interès sobre la donació de sang.
- El BST faciliti les meves dades a empreses dedicades a la promoció de la donació, sempre en compliment dels requeriments legals.

**Declaro que:**

- He estat informat, en compliment del que és obligatori, que les meves dades personals s'incorporaran, tal com és necessari, al Fitxer del Registre de Donants de Sang de Catalunya que gestiona el Banc de Sang i Teixits i del qual és titular la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries del Departament de Salut, amb la finalitat imprescindible de regir adequadament el procés de donació i d'aplicació d'hemoderivats.
- Se m'ha garantit que les dades es conservaran confidencialment, sotmeses a mesures de seguretat d'alt nivell, sens perjudici de les excepcions que estableixen les lleis.
- Assumeixo que, sempre que vulgui, em podré adreçar al responsable del fitxer (Banc de Sang i Teixits, Pg. Taulat, 116. 08005 Barcelona. Tel. 93 557 35 00) a fi d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb els termes normatius aplicables.

Nom i cognoms del donant \_\_\_\_\_

Signatura \_\_\_\_\_

**A emplenar pel responsable de l'entrevista**

|  |                     |
|--|---------------------|
| Número de donant _____                               |                     |
| Data d'extracció _____                               |                     |
| Codi col·lecta _____                                 | Tipus donació _____ |
| Pes _____ Hb _____                                   | TA _____            |
| Pols _____   | Tipus bossa _____   |
| CIP (Codi de la Targeta Sanitària de CatSalut) _____ |                     |
| Resp. Infermeria _____                               |                     |
| Observacions _____                                   |                     |

Considero que el donant és:

- NO APTÉ** (se li han explicat els motius)
- APTÉ** amb anàlítica **UNIVERSAL**
- APTÉ** amb anàlítica **UNIVERSAL + CHAGAS**

Nom i cognoms de la persona responsable de l'entrevista \_\_\_\_\_

Signatura \_\_\_\_\_

| <b>Comprensió del fullet informatiu sobre la donació de sang</b>   | <b>sí</b>                | <b>no</b>                | <b>En els darrers 6 mesos</b>   | <b>sí</b>                | <b>no</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| El banc de sang li ha proporcionat informació escrita i comprensible sobre la donació de sang? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha viatjat fora d'Espanya? _____<br>On? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>(si té cap dubte, faci les preguntes que consideri pertinents als professionals que l'atendran)</i>   |                          |                          | <b>En alguna ocasió, en el transcurs de la seva vida</b>  |                          |                          |
| <b>Precaució per a les properes 12 hores</b>   |                          |                          | Ha residit fora d'Espanya? _____<br>On? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha de realitzar alguna activitat laboral o esportiva perillosa (escafandrisme, escalada...) o bé conduir un vehicle de transport públic? _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha viatjat a Amèrica? _____<br>On? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Trobar-se en llista d'espera</b>  |                          |                          | Ha viscut més d'un any –sumant tots els períodes de permanència– al Regne Unit (Anglaterra, Gal·les, Escòcia, Irlanda del Nord, Illes del Canal, Illa de Man) durant el període de 1980 a 1996? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Està actualment en llista d'espera per a una consulta o exploració mèdica? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha estat exclòs com a donant? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Medicació</b>   |                          |                          | Ha tingut alguna malaltia greu que hagi exigint control mèdic periòdic? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Està prenent o ha pres, en els darrers dies, algun medicament? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha patit hepatitis, icterícia o problemes de fetge? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha pres alguna vegada Avidart®, Duagen®, Proscar®, Propecia®, Finasterida®, Eucoprost® o Ativol® (Finasteride) per un problema de pròstata/alopècia? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha patit alguna malaltia infecciosa com ara paludisme (malària), malaltia de Chagas, leishmaniosi, mononucleosi infecciosa, tuberculosi, sífilis o gonorrea, entre d'altres? _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha pres alguna vegada Neotigason®, Roacutan®, Tigason® o Isotrex® per problemes de pell? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tingut alguna malaltia greu de pulmó, cervell, ronyó, tiroide, aparell digestiu o en altres localitzacions? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>En les darreres 2 setmanes</b>  |                          |                          | Ha tingut problemes de cor o de la tensió arterial (pressió sanguínia)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tingut febre acompanyada de mal de cap i malestar general? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha sofert episodis repetits de crisis epilèptiques, convulsions o síncope? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha visitat el dentista? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pateix diabetis tractada amb insulina? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>En el darrer mes</b>  |                          |                          | Ha tingut algun tipus de càncer? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha rebut alguna vacuna? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha sofert alguna malaltia o reacció al·lèrgica greu? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha estat en contacte amb alguna persona que tingués una malaltia infecciosa contagiosa? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tingut algun problema hemorràgic o alguna malaltia de la sang com ara anèmia o excés de glòbuls vermells? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>En els darrers 4 mesos</b>  |                          |                          | Ha rebut alguna transfusió de sang o de factors de la coagulació? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha fet alguna consulta a un metge o ha estat hospitalitzat? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha rebut hormona de creixement d'origen humà (abans de 1987)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha estat sotmès a una endoscòpia: colonoscòpia, gastroscòpia, rectoscòpia o altres? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha rebut algun òrgan o teixit (duramàter, còrnia, altres...)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha estat tractat amb acupuntura realitzada amb material que no és d'un sol ús? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vostè o algú dels seus familiars pateix o ha patit encefalopatia espongiforme (la malaltia de Creutzfeldt-Jakob)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'ha fet un tatuatge i/o pírcing? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tingut o té infecció pel virus limfotròfic humà (HTLV-I/II)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tingut contacte amb la sang d'una altra persona per punxada accidental o esquitxada? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| Ha conviscut o ha mantingut contacte íntim amb algú que tingués hepatitis, icterícia o fos portador del virus de l'hepatitis? _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| Ha estat sotmès a una intervenció quirúrgica? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |