

Ημ/νία: Αρ. Μητρ. Αιμοδότη:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Έτος γέννησης:	<input type="text"/>	Τόπος γέννησης:	<input type="text"/>		
Επάγγελμα:	<input type="text"/>		Αριθμ. Ασφ. Ταυτότ.:	<input type="text"/>	
Διεύθυνση:	<input type="text"/>		T.K. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.: <input type="text"/>

(Συμπληρώνεται από τον ιατρό)

Αρτηριακή Πίεση (αυστ./διαστ):	<input type="text"/>	mm/Hg	Σφύξεις:	<input type="text"/>	/min	Θερμοκρασία:	<input type="text"/>	°C	Βάρος:	<input type="text"/>	Kg	
Αιματοκρίτης:	<input type="text"/>	%	Αιμοσφαιρίνη:	<input type="text"/>	gr/dl	Ομάδα Αίματος:	<input type="text"/>	Rh	<input type="text"/>	Ύψος:	<input type="text"/>	m

Γενική Εντύπωση:	<input type="text"/>
------------------	----------------------

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ: Εθελοντής Εθελοντής ενόπλων δυνάμεων Συγγενής ασθενή

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Έχετε δώσει αίμα άλλη φορά; ΝΑΙ: ΟΧΙ: Πότε δώσατε τελευταία φορά;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχατε ποτέ: Ήκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδάκατε στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος - έχετε πυρετό ή αδύνατο διακριμένους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένεια σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt - Jakob (νόσος τρελών σφελάδων);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη αχολιμαμάτων αυξητικής ορμόνης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΚΑΝΑΤΕ:		
Προκαρδίου πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντού την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλες αχαιρήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλονογόνος του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μήνας μέσα στο χρόνο που πέρασε ήραστε έγκυος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαβήτης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Αναμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ΠΡΟΣΟΧΗ! - ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος έχει έστω και μία ομοφυλοφιλική σχέση από το 1977.
- Όποιος έχει κάνει κάποια ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.
- Όποιος είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικών μέσων, κατά τη τελευταία δεκαετία.
- Ερωτικοί σύντροφοι πολυμεταγγιζόμενων ατόμων.
- Όποιος είχε τους τελευταίους 12 μήνες σεβουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν είτε με χρήματα είτε με ναρκωτικό για να κάνει σεξ.
- Γενικό όποιος νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει ακταθεί στον ίο που προκαλεί AIDS.

Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον ιατρό της Αιμοδοσίας. **ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ**

Δέχομαι την αμοληψία, απάντηση αικερνά στις ερωτήσεις και έλαβα γνώση των αναφερομένων πληροφοριών. Βεβαιώνω ότι τι αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας για κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.

Ο/Η Αιμοδότης

Ο/Η ενεργήσας την εξέταση Ιατρός



Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Αιμοδότη:

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

Αγαπητέ/η κ.

Σας ευχαριστούμε που προσφέρατε αίμα στο Κέντρο μας, την

Όπως γνωρίζετε, ο εργαστηριακός έλεγχος των αιμοδοτών είναι μέρος της διαδικασίας που ακολουθούμε, με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας του αίματος που προορίζεται για μετάγγιση στους ασθενείς, αλλά και για την προστασία της υγείας των ίδιων των αιμοδοτών.

Κατά τον έλεγχο που έγινε στο αίμα που προσφέρατε στο Κέντρο μας, διαπιστώθηκε η ανάγκη επανελέγχου των εξετάσεων που αφορούν στην:

Παρακαλούμε να προσέλθετε στο Κέντρο Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου μας καθημερινά (πλην Σαββάτου και Κυριακής) ώρες από έως προσκομίζοντας την επιστολή αυτή, προκειμένου να λάβουμε νέο δείγμα αίματος για επανάληψη των εξετάσεων.

Σας ευχαριστούμε

Ο/Η Ιατρός