

INFORMACIÓN PARA EL DONANTE

Estimado/a donante de sangre:

Por favor, lea atentamente esta información antes de donar sangre. Agradecemos su colaboración para ayudar a alguien que lo necesita.

La Ley Nacional de Sangre (Nº 22.990) vigente en Argentina establece que la donación de sangre es un acto voluntario y desinteresado. Si bien el equipo de salud puede solicitar la colaboración de los receptores o sus familiares para difundir la necesidad permanente de donaciones voluntarias, nadie debe ser obligado a donar sangre bajo ninguna circunstancia. Tampoco se deben condicionar las prácticas sanitarias a la presentación de donantes.

Muchas personas necesitan transfusiones por diferentes motivos. Por eso es preciso contar con una gran cantidad de sangre y procurar que sea lo más segura posible. Si usted se encuentra en buen estado de salud y no ha estado expuesto a ninguna de las situaciones que se describen en el "Documento para la autoexclusión pre donación", le pedimos que considere la posibilidad de donar sangre frecuentemente. En ese sentido, es importante aclarar que los hombres pueden donar sangre hasta 4 veces al año y las mujeres hasta 3 veces en el mismo periodo de tiempo. Deben transcurrir al menos dos meses entre donación y donación.

Los donantes deben firmar un consentimiento y sus datos son de carácter confidencial. Luego de la extracción, su sangre será analizada. Para completar el estudio de laboratorio es importante saber si existieron eventuales situaciones de riesgo de infecciones, debido a la existencia del llamado periodo ventana, que es el intervalo de tiempo entre el momento en que ocurre una infección y el momento en que puede ser detectada con pruebas de laboratorio. Durante ese tiempo la persona no tiene síntomas, pero el agente infeccioso está presente en su sangre y si dona existe elevado riesgo de que sea transmitido a la persona que recibirá la transfusión.

El siguiente "Documento para la auto exclusión pre donación" brinda información sobre las diversas situaciones y/o prácticas sexuales consideradas de "riesgo incrementado". Le pedimos que las lea atentamente y considere si pudo haber estado expuesto a alguna de ellas'. En caso de que así sea, le pedimos que **NO done su sangre. En caso de duda, consulte al personal de salud.**

Si usted cree que podría tener alguna infección, le pedimos que **NO DONE** sangre a los fines de que se le realicen análisis. Si tiene dudas, simplemente consulte y se le brindará información sobre lugares y horarios de testeo gratuito y confidencial.

Si viene acompañado y después de leer la información piensa que su sangre no es segura pero se siente obligado a donar para mantener su privacidad frente a quien lo acompaña, por favor marque en la ficha confidencial que se le entregará después de haber donado, que no debemos utilizar su sangre. El equipo de salud sabrá comprender la situación.

Si después de haber donado percibe algún síntoma o cree que puede existir algún riesgo de infección (porque se entera de que su pareja sexual tiene una infección, porque presenta fiebre, diarrea, vómitos, lesiones en la piel, etc.), comuníquese con el Banco de Sangre para informarlo y que su sangre no sea utilizada.

Es importante que usted sepa que para dos de las hepatitis, la A y la B, existen vacunas y el Estado las administra gratuitamente.

Recuerde que:

• El material utilizado es descartable, por lo que no puede transmitir ninguna infección.

• Ante cualquier novedad que haya que informarle, el Banco de Sangre se comunicará con Ud. y le indicará los pasos a seguir.

Para más información sobre donación de sangre:

<http://www.msal.gov.ar/plan-nacional/> - sangre

0800 222 1002 - opción 3 (Salud Responde, línea de orientación nacional y gratuita del Ministerio de Salud de la Nación).

Cuestionario personal

Comprensión de la información al donante

¿Se le ha proporcionado información escrita para su auto exclusión pre-donación?

SI NO

¿Ha comprendido las situaciones descritas en el documento para autoexclusión?(en caso de dudas, pregunte a los profesionales que le atenderán)

SI NO

Precaución en las próximas 12 horas

¿Debe realizar alguna actividad laboral o deportiva de riesgo (Trabajo en altura, escalada, etc.) o conducir un vehículo de transporte público?

SI NO

Medicación

¿Esta tomando o ha tomado en los últimos días algún medicamento?

SI NO

¿Ha tomado alguna vez Etreinato o alguna otra droga psoriasis?

SI NO

¿Esta tomando medicación para la próstata?

SI NO

¿Tomo aspirina o analgésicos en los últimos tres días?

SI NO

En las ultimas 2 semanas

¿Ha presentado fiebre, acompañada de dolor de cabeza y malestar general?

SI NO

¿Ha visitado al dentista?

SI NO

En el ultimo mes

¿Ha recibido alguna vacuna?

SI NO

¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad?

SI NO

En los últimos 6 meses

¿Ha asistido a la consulta de algún medico o ha estado hospitalizado?

SI NO

¿Ha sido sometido a algún tipo de cirugía y/o endoscopia?

SI NO

En los últimos 12 meses

¿Se realizo tatuajes o colocación de piercing o acupuntura?

SI NO

¿Tubo relaciones sexuales "de riesgo incrementado" descritas en el documento para autoexclusion?

SI NO

¿Estuvo en contacto con sangre o fluidos corporales a través de piel o mucosas lesionadas?

SI NO

¿Recibió sangre, componentes o algún trasplante?

SI NO

¿Convive o ha convivido, con alguien que padeciera hepatitis o ictericia?

SI NO

En alguna ocasión, en el transcurso de su vida

SI NO

¿Ha padecido alguna enfermedad grave que exigió control medico periódico?

SI NO

¿Ha padecido hepatitis, ictericia o problemas de hígado?

SI NO

¿ Ha sufrido alguna enfermedad grave de pulmón, cerebro, riñón. tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones ?

SI NO

¿Ha padecido problemas de corazón o de presión sanguínea?

SI NO

¿Padece diabetes tratada con insulina de origen animal?

SI NO

¿Ha padecido algún tipo de cáncer?

SI NO

¿Ha tenido hemorragias o alguna afección de la sangre como anemia o leucemia?

SI NO

¿Se inyectó o se inyecta drogas intravenosas ilegales o aspira cocaína regularmente?

SI NO

¿Ha recibido hormonas de crecimiento de origen humano (antes de 1987)?

SI NO

¿Ha recibido tejido procedente de otra persona (duramadre, cornea, otros...)?

SI NO

¿Usted o algún familiar ¿sufre o ha sufrido la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob?

SI NO

¿Tuvo paludismo en los últimos 3 años o estuvo en el ultimo año en áreas endémicas de la enfermedad?

SI NO

¿Le han dicho que tiene análisis positivos para VIH-SIDA, hepatitis B o C. virus HTLV I-II, chagas, brucelosis o sífilis?

SI NO

Estancias en el extranjero

¿Ha estado durante mas de un año(sumando periodos de permanencia) en el Reino Unido entre 1980 y 1996?

SI NO

¿Ha residido en algún otro país extranjero?

SI NO

**DOCUMENTO PARA LA AUTOEXCLUSIÓN PREDONACIÓN
SI UD. SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES, NO DEBE DONAR SANGRE:**

*** Tiene o le han dicho que sus análisis son positivos para VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Chagas, Bruceosis, Sífilis o el virus HTLV 1-11.**

Todas ellas son infecciones transmisibles por sangre. Si Ud. padece alguna, podría transmitirse a la persona que recibe la transfusión.

*** Se encuentra en tratamiento de hemodiálisis y/o recibe regularmente transfusiones de componentes o derivados de la sangre.**

*** Practica sexo a cambio de dinero o drogas.**

Estas prácticas se consideran de riesgo incrementado porque la persona podría potencialmente verse bajo coacción e impedida de cuidarse por exigencia de quien le paga o suministra droga.

**USTED NO DEBE DONAR SANGRE SI EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ESTUVO
EXPUESTO A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES DE RIESGO:**

*** Tuvo una relación sexual (oral, vaginal o anal) sin utilizar preservativo o campo de látex con una persona que usted desconoce si tiene infecciones de transmisión sexual.**

El preservativo y el campo de látex son los únicos métodos disponibles para prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual durante las relaciones sexuales. Las relaciones sexuales desprotegidas son de riesgo incrementado.

*** Tuvo una relación sexual estando circunstancialmente bajo el efecto de alcohol o cualquier” sustancia psicoactiva, con una persona que usted desconoce si tiene infecciones de transmisión sexual.**

El consumo de alcohol o de otras sustancias puede disminuir su habilidad para evaluar y evitar posibles situaciones de riesgo, facilitando su exposición (por falta de uso o uso incorrecto de preservativo o campo de látex). En ese estado, mantener relaciones sexuales con una persona que usted desconoce si tiene alguna infección de transmisión sexual es una práctica de riesgo incrementado para la donación de sangre.

*** Tuvo relaciones sexuales con personas que tienen virus de VIH, Hepatitis o HTLV 1-11, incluso si usó preservativo o campo de látex**

*** Tuvo relaciones sexuales con personas que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente, incluso si usó preservativo o campo de látex**

*** Tuvo una relación sexual con personas que cambian muy frecuentemente de pareja sexual, incluso si usó preservativo o campo de látex**

*** Tuvo relaciones sexuales entre más de dos personas al mismo tiempo, que usted desconoce si tienen infecciones de transmisión sexual, incluso si usó preservativo o campo de látex**

Las relaciones sexuales entre más de dos personas, así sea una pareja o varias parejas, cuando usted no sabe si alguna de ellas tiene alguna infección de transmisión sexual, se consideran de riesgo incrementado para la donación de sangre. En diferentes situaciones el profiláctico o campo de látex, a causa de un uso incorrecto, pueden transformarse en vehículo de contacto entre las mucosas de varias personas. Piense por ejemplo, que un mismo profiláctico o campo de látex, puede transportar saliva o flujo o secreciones de una persona a otra. Recuerde que la Hepatitis B y la Sífilis se transmiten también por la saliva, el flujo y el semen, además de la sangre.

***Tuvo relaciones sexuales ocasionales en zonas con alta prevalencia de VIH, incluso si usó preservativo o campo de látex**

*** Usó drogas inyectables o se inyectó otras sustancias (hormonas para aumentar la musculatura u otras)**

Compartir jeringas con otras personas incrementa considerablemente el riesgo de transmisión. Particularmente las situaciones de consumo disminuyen la habilidad de las personas para evaluar riesgos.

*** Consumió cocaína, pasta base u otras drogas que se inhalan o aspiran**

Compartir con otras personas los elementos utilizados habitualmente para consumir ciertas drogas (“canutos”, “pipas”, etc.) incrementa considerablemente el riesgo de transmisión.

NO HACE FALTA QUE CONTESTE ESTAS PREGUNTAS. SI SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRIPTAS, NO DEBE DONAR SANGRE. SI TIENE DUDAS, POR FAVOR, CONSULTE AL PERSONAL

		Número de Donación	
Nombre	Fecha de Extracción		
Apellido	Código Colecta	Tipo de Donación	
Fecha de Nacimiento	DNI	Peso	Hb TA
Dirección	Pulso Tipo de Bolsa		
Código Postal	Marca		
Ciudad	Reacciones post-extracciones	Si	No
Teléfono	Tipo		
Celular	Firma de Técnico		
Correo Electrónico			

Estaría interesado en recibir información sobre las campañas de colectas externas:

	SI	NO
Porque medio:		
Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condiciones básicas para la donación

	SI	NO
¿Es mayor de 18 años y pesa más de 50 kg.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es mujer, ¿está embarazada o lo ha estado en las últimas 8 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donciones anteriores		
¿Fue rechazado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvo alguna reacción post-donación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugar y fecha de la última donación		

DECLARACION Y CONSENTIMIENTOS 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 Infecciones Transmisibles por Transfusión mencionadas en el Documento para la autoexclusión predonación, y que los datos de esta donación se incorporen al Registro de Donantes de Sangre (REDOS). Dejo constancia de haberseme asegurado debida confidencialidad de los resultados de los estudios, autorizando se me cite para ser informado por los médicos en caso de alguna anomalía.

Sepa usted que un resultado puede ser Falso Positivo, lo cual podría justificar se repetición o confirmación

Nombre y Apellido del Donante	Nombre y Apellido de la persona responsable de la entrevista
Firma	Firma