ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ Γ.Γ.Π.Σ.
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ _____

Ημ/νία: _____

Barcode

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πατρώνυμο:		Μητρώνυμο:	
Ημ/νια γέννησης:	____/____/____	Φύλο:	Ο Άρρεν / Ο Θήλυ
Τόπος γέννησης (Χώρα – Περιφέρεια):		Μορφωτικό επίπεδο:	
Διεύθυνση (οδός – αρ.):		Τ.Κ. - Πόλη:	
Τηλ.:	Κιν.:	Email:	
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:		ΑΜΚΑ:	

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

☐ 1. Εθελοντικά	
☐ 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: 10101
☐ 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
☐ 4. Για Ασθενή	Ονοματεπώνυμο ασθενή: _____ Νοσοκομείο νοσηλείας: _____
☐ 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας:

☐ Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον)

ΠΡΟΣΟΧΗ! – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

1. Όποιος ή όποια είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
2. Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
3. Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
4. Όποιος ή όποια είχε πάρει Prep/Truvada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστοιχα.
5. Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex)
6. Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C
7. Ερωτικοί, ερωτικές σύντροφοι πολυμεταγγιζόμενοι ατόμων
8. Γενικά όποιος ή όποια νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS ή κίνδυνο για άλλο σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα.

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

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη επιβεβαιώθηκαν από: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

☐ 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	☐ 2. Αστυνομική Ταυτότητα	☐ 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
☐ 4. Διαβατήριο	☐ 5. Βιβλιάριο Υγείας	☐ 6. Άδεια Οδήγησης
☐ 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημοσίου εγγράφου:		

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε δώσει άλλη φορά;	☐	☐
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	☐	☐
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	☐	☐

Πότε δώσατε τελευταία φορά; ____

Είχατε ποτέ;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	☐	☐
Σύφιλη	☐	☐
Ελονοσία/Φυματίωση	☐	☐
Αναιμία	☐	☐
Έλλειψη G-6PD	☐	☐
Σπασμούς (ως ενήλικας)	☐	☐
Λιποθυμίες	☐	☐
Καρδιοπάθεια	☐	☐
Προκάρδιους πόνους	☐	☐
Υπέρταση	☐	☐
Διαβήτη	☐	☐
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	☐	☐
Αλλεργία	☐	☐
Παθήσεις στομάχου	☐	☐
Έλκος	☐	☐
Χειρουργικές επεμβάσεις	☐	☐
Παθήσεις των νεφρών	☐	☐
Άλλα νοσήματα	☐	☐

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	☐	☐
Λήψη φαρμάκων;	☐	☐
Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;	☐	☐
Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;	☐	☐
Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;	☐	☐
Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	☐	☐
Έχετε ακούσει ότι στην οικογένεια σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);	☐	☐
Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης	☐	☐
ΚΑΝΑΤΕ:		
Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	☐	☐
Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	☐	☐
Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	☐	☐
Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	☐	☐
Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	☐	☐
Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	☐	☐
Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνος του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	☐	☐
Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;	☐	☐
Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	☐	☐

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.
- Βεβαιώνω ότι τι αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας γιο κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.
- Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.
- Δηλώνω άτι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεση μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2β και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόσβαση αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Ο/Η Αιμοδότης

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστ): ____ mm/Hg Σφύξεις: ____ /min Θερμοκρασία: ____ °C Βάρος: ____ Kg

Αιματοκρίτης: ____ % Αιμοσφαιρίνη: ____ gr/dl Ύψος: ____ m

Ο/Η ενεργήσας την επιλογή

Δότης: ☐ Ολικού αίματος / ☐ Αιμοπεταλίων

Γενική Εντύπωση:

Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία: ☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ

ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αιτίες αποκλεισμού:

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)

Τύπος χρησιμοποιηθέντος ασκού αιμοληψίας:	☐ Διπλός ☐ Τριπλός ☐ Τετραπλός	☐ Παιδιατρικός ☐ Λευκαφαιρεμένος
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ

Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία