Nombre y Apellidos DNI

Fecha nac: Tf contacto:

Este impreso recoge un cuestionario que nos ayuda a asegurarnos que usted cumple los requisitos para entrar en el programa de autotransfusión por autodonación y almacenamiento previo a la cirugía. Debemos asegurarnos que la extracción y la posterior transfusión no es perjudicial para usted, para ello le haremos una pequeña valoración. Sobre todo debe advertirnos si ha tenido alguna enfermedad cardiaca o si en este momento tiene alguna infección. Debemos advertirle que la legislación actual obliga a que su sangre sea analizada para los virus de la hepatitis B y C, SIDA y sífilis. Si algún marcador saliera positivo nuestro equipo tiene la obligación de avisarle, de notificarlo a las autoridades competentes y de destruir la sangre extraída aunque sea para autotransfusión. También debe recordar que puede ser necesario recibir una transfusión convencional, en el caso que la sangre que se necesite en un momento dado es superior a la prevista inicialmente. También puede existir la posibilidad que durante el procesamiento de las unidades extraídas se produzca una rotura u otra incidencia que imposibilite su utilización. Recuerde que puede hacer todas las preguntas que considere oportunas.

**Ley de Protección de datos:** En cumplimiento de lo establecido en la Ley / Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y que tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar, le informamos que los datos personales que durante nuestra atención nos ha proporcionado, serán utilizados con el único fin de prestarle los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos necesarios para su salud. Estos datos serán considerados confidenciales y protegidos con alto nivel de seguridad, siendo incorporados a los ficheros de este centro -Hemomadrid-, registrados en la AEPD. La dirección de Hemomadrid garantiza la confidencialidad de los datos personales objetos de tratamiento y se le informa que las personas involucradas en el tratamiento están obligadas al secreto profesional. En ningún caso se cederán los datos a un tercero a excepción de su compañía aseguradora a la que puede ser necesario prestar parte de los mismos con el fin de cumplimentar los servicios administrativos de la facturación del servicio prestado. Asimismo, le informamos que Ud. puede ejercitar sus derechos de consulta, acceso, rectificación, cancelación y oposición al Responsable del tratamiento de datos, en las instalaciones de nuestro Centro, quien actuará en consecuencia dentro de los plazos estipulados en la mencionada Ley.

* **Cuestionario para rellenar por el donante: (señale con un círculo “si” o “no”)**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

1. ¿Se encuentra bien hoy?
2. **En las dos últimas semanas:** ¿Ha tenido gripe, catarro, fiebre, alguna infección o ha ido al dentista?
3. ¿Alguna vez ha sido rechazada su sangre o se le ha dicho que no done?
4. Las personas que realizan actividades profesionales y deportes de riesgo como pilotos, conductores de vehículos pesados o transporte público, etc, deben evitar su realización hasta varias horas después de la donación como precaución ante eventuales mareos. ¿Es este su caso?
5. ¿Ha tenido desmayos durante las extracciones de sangre?

**NO ES NECESARIO QUE SIGA RELLENANDO SI YA HA CUMPLIMENTADO EL AUTOCUESTIONARIO BREVE DE SALUD**

1. ¿Padece usted del corazón?
2. ¿Es usted hipertenso?
3. ¿Ha tenido alguna enfermedad importante? Escriba cuál…………………
4. ¿Toma alguna medicación? Escriba cuál……………………………………..
5. SOLO MUJERES. ¿Está embarazada o lo ha estado en los últimos 9 meses?

Firma

**Nº Unidad:**

**2ª Extracción**: Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuestionario para rellenar por el donante: (señale con un círculo “si” o “no” según cada caso)**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

1. ¿Se encuentra bien hoy?
2. **Desde que realizó la primera extracción para la autotransfusión:** ¿Ha tenido gripe, catarro, fiebre, alguna infección o ha ido al dentista?
3. **Desde que realizó la primera extracción para la autotransfusión:** →¿Ha tenido alguna enfermedad importante, ha tenido que ir a urgencias o ha ocurrido algún tipo de incidencia relacionada con su salud? ¿Ha recibido alguna vacuna desde entonces?
4. **Desde que realizó la primera extracción para la autotransfusión:** ¿Ha empezado a tomar alguna nueva medicación? Escriba cual……………….

Firma

**Nº Unidad:**

**3ª Extracción:** Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuestionario para rellenar por el donante: (señale con un círculo “si” o “no” según cada caso)**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

1. ¿Se encuentra bien hoy?
2. **Desde que realizó la última extracción para la autotransfusión:** ¿Ha tenido gripe, catarro, fiebre, alguna infección o ha ido al dentista?
3. **Desde que realizó la última extracción para la autotransfusión:** →¿Ha tenido alguna enfermedad importante, ha tenido que ir a urgencias o ha ocurrido algún tipo de incidencia relacionada con su salud? ¿Ha recibido alguna vacuna desde entonces?
4. **Desde que realizó la última extraccion para la autotransfusión:** ¿Ha empezado a tomar alguna nueva medicación? Escriba cual……………….

Firma

**Nº Unidad:**

**4ª Extracción**: Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuestionario para rellenar por el donante: (señale con un círculo “si” o “no” según cada caso)**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

**SI NO**

1. ¿Se encuentra bien hoy?
2. **Desde que realizó la última extracción para la autotransfusión:** ¿Ha tenido gripe, catarro, fiebre, alguna infección o ha ido al dentista?
3. **Desde que realizó la última extracción para la autotransfusión:** →¿Ha tenido alguna enfermedad importante, ha tenido que ir a urgencias o ha ocurrido algún tipo de incidencia relacionada con su salud? ¿Ha recibido alguna vacuna desde entonces?
4. **Desde que realizó la última extracción para la autotransfusión:** ¿Ha empezado a tomar alguna nueva medicación? Escriba cual………………

Firma

**Nº Unidad:**