

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 cardíaca 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.

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de BAPRISÁN SL con CIF B78800489 y domicilio social sito en C/ La Granja, 8 28003, Madrid, con la finalidad de atender los compromisos derivados del contrato suscrito entre ambas partes. En cumplimiento con la normativa vigente, BAPRISÁN SL informa que los datos serán conservados durante plazo legal establecio.

A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de BAPRISÁN SL, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo dpo.cliente@conversia.es o al teléfono 902877192.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico info@hemomadrid.com. Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna. En último lugar, BAPRISÁN SL informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.

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

- | | | | |
|--|--|----|----|
| 1. ¿Se encuentra bien hoy? | | SI | NO |
| 2. En las dos últimas semanas: ¿Ha tenido gripe, catarro, fiebre, alguna infección o ha ido al dentista? | | SI | NO |
| 3. ¿Alguna vez ha sido rechazada su sangre o se le ha dicho que no done? | | SI | NO |
| 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? | | SI | NO |
| 5. ¿Ha tenido desmayos durante las extracciones de sangre? | | SI | NO |

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

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 6. ¿Padece usted del corazón? | | SI | NO |
| 7. ¿Es usted hipertenso? | | SI | NO |
| 8. ¿Ha tenido alguna enfermedad importante? Escriba cuál..... | | SI | NO |
| 9. ¿Toma alguna medicación? Escriba cuál..... | | SI | NO |
| 10. SOLO MUJERES. ¿Está embarazada o lo ha estado en los últimos 9 meses? | | SI | NO |

Firma

Nº Unidad:

2ª Extracción: Fecha _____

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

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:

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

3ª Extracción: Fecha _____

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

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:

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

4ª Extracción: Fecha _____

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

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:

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO