

És obligatori que empleneu les dades personals de la primera casella (**EN MAJÚSCULES**).

Nom _____ **Llinatges** _____
DNI _____ **Data de naixement** _____ **País de naixement** _____

Si és la primera vegada que feis una donació, emplenau tots els camps.
Si ja sou donant i voleu modificar alguna dada, emplenau els camps corresponents.

Adreça _____ Codi postal _____

Població _____ Telèfon fix _____ Mòbil _____

E-mail _____ Castellà Català | Home Dona

DONANTS I CANDIDATS A DONANTS

DECLAR:

1. Que he llegit i he entès el fullet informatiu que m'han proporcionat i he tingut l'oportunitat d'aclarir els meus dubtes. He rebut informació sobre la destinació de la meva donació, incloent-hi el dipòsit en el Biobanc de l'IdISBA (Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears), i sobre les possibles complicacions que es poden presentar en relació amb la donació de sang.

2. Que estic assabentat/ada que cada donació se sotmetrà a les anàlisis preventives establertes per les recomanacions i la normativa actual i als estudis epidemiològics que calguin. Així mateix, sé que es disposa d'un sistema de comprovació i notificació dels resultats analítics anormals, l'obligació de la notificació i que un resultat positiu en les proves suposa la destrucció de la donació i l'exclusió consegüent com a donant.

3. Que no em trobo en cap de les circumstàncies que exclouen de la donació i he tingut l'oportunitat de retirar-me o autoexcloure'm. Confirmo que tota la informació subministrada sobre les meves dades personals i l'entrevista mèdica és verídica i que el meu acte és voluntari, responsable i altruista.

En compliment del que disposen el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, sobre protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (RGPD) i la Llei orgànica 3/2018, del 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, us informam que les vostres dades seran tractades per la Fundació Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears (FBSTIB) per tal de regular adequadament tot el procés de donació.

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat en els termes legals, enviant un correu electrònic a **dpd@fbstib.org** o per escrit a l'adreça següent: **carrer Rosselló i Cazador, 20, Palma (Illes Balears)**. Per sol·licitar més informació, accediu a la nostra política de privacitat a **www.fbstib.org**

Voleu que els productes de la vostra donació que no es puguin utilitzar pel tractament de malalts es dipositin de manera anonimitzada en el Biobanc de l'Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa) per a activitats de recerca biomèdica o de docència autoritzades? **Marcau la casella [SI] [NO]**

Signatura del donant (imprescindible)

**US AGRAIRÍEM QUE CONTESTÀSSIU SINCERAMENT AQUESTES PREGUNTES
AQUEST QÜESTIONARI ÉS CONFIDENCIAL**

SI NO

- 1 Heu llegit i entès el fullet informatiu sobre SIDA, hepatitis i altres situacions de risc? _____
- 2 Teniu entre 18 i 65 anys? _____
- 3 Pesau més de 50 kg? _____
- 4 Heu menjat alguna cosa en les 2 darreres hores? _____
- 5 Sou portador/a del virus de la immunodeficiència humana (VIH) o SIDA o creis que podríeu ser-ho? _____
- 6 Sou portador/a d'algun dels virus de l'hepatitis (B i/o C) o pensau que podríeu ser-ho? _____
- 7 Heu donat sang fora de les Illes Balears en els darrers 12 mesos? _____
- 8 En ocasions anteriors, heu patit algun inconvenient durant o després de la donació? _____
- 9 Us trobau bé de salut per poder donar sang avui? _____
- 10 Després de donar fareu alguna activitat laboral o esportiva de risc (busseig o submarinisme en les pròximes 72 hores, conduir transport públic, cossos de seguretat ciutadana, altures, etc.)? _____

ACTUALMENT O EN ELS DARRERS 15 DIES

SI NO

- 11 Teniu o heu tingut malestar general, febre, símptomes catarrals, diarrees, etc.? _____
- 12 Preneu o heu pres alguna medicació? Quina? _____
- 13 Heu pres aspirina o antiinflamatoris en els darrers 5 dies? _____
- 14 Sou hipertens/a? _____
- 15 Estau en estudi pel vostre metge de capçalera o pendent d'alguna prova mèdica? _____
- 16 Patiu alguna malaltia cardíaca, pulmonar, neurològica, renal, hematològica, tumoral, immunitària, diabetis, etc.? _____
- 17 Us heu fet algun tractament en el dentista? _____
- 18 Si sou dona, estau embarassada o heu tingut en el darrer any un part, una cesària o un avortament? _____

EN ELS DARRERS 4 MESOS

SI NO

- 19 Us heu sotmès a alguna intervenció quirúrgica? _____
- 20 Us han transfós sang o components sanguinis? _____
- 21 Us han fet alguna endoscòpia o algun tractament amb catèters? _____
- 22 Us han posat alguna vacuna en el darrer mes? _____
- 23 Us heu fet tatuatges, pírcings, acupuntura, mesoteràpia o qualque altre tractament amb agulles? _____
- 24 Heu mantingut relacions sexuals (anals, vaginals o orals) amb diferents persones? _____
- 25 Conviviu o heu tingut contacte domèstic directe o relacions sexuals amb persones afectades de VIH, hepatitis B, hepatitis C o qualsevol altra malaltia infecciosa contagiosa? _____

EN ALGUNA OCASIÓ AL LLARG DE LA VOSTRA VIDA

SI NO

- 26 Als darrers 12 mesos, preneu o heu pres tractament preventiu per a la infecció pel VIH (Truvada®, Descovy®, etc.) abans i/o després de tenir relacions sexuals? _____
- 27 Heu patit alguna malaltia venèria (sífilis, gonorrea, etc.)? _____
- 28 Consumiu o heu consumit drogues injectades, encara que hagi estat una sola vegada, incloent-hi esteroides o hormones per augmentar la musculació? _____
- 29 Preneu o heu pres altres drogues per altres vies (fumar, esnifar, etc.)? _____
- 30 Heu tingut alguna malaltia greu que hagi requerit tractament mèdic i/o ingrés hospitalari? _____
- 31 Heu patit icterícia (color groc de la pell) o heu presentat una prova positiva d'hepatitis? _____
- 32 Heu patit alguna reacció al·lèrgica greu? _____
- 33 Heu patit algun episodi de convulsions, crisi epilèptica o mareig amb pèrdua de coneixement? _____
- 34 Heu rebut hormona de creixement o un empelt de teixit provinent d'una altra persona (pell, còrnia, timpà, etc.)? _____
- 35 Algun dels vostres familiars ha patit malaltia de Creutzfeldt-Jakob o alguna altra malaltia neurològica transmissible? _____
- 36 Patiu o heu patit alguna malaltia infecciosa, com ara paludisme, malària, leishmaniosi, mononucleosi infecciosa, tuberculosi, malaltia de Chagas, etc.? _____
- 37 Heu estat més de 12 mesos (període acumulable) al Regne Unit entre 1980 i 1996? _____
- 38 Heu nascut o residit en algun país on el Chagas i/o la malària són endèmics? _____
- 39 Heu viatjat fora d'Espanya en els darrers 12 mesos? _____

Marcau amb una X la casella que correspongui [X]

Signatura i codi de l'entrevistador/a

Observacions:

FL-EXT-03/04