

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

Nom  Llinatges   
DNI  Data de naixement  País de naixement   
Sexe biològic (de naixement): Masculí ☐ Femení ☐

**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 ☐

## 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 trob 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?                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | Marcau amb una X la casella que correspongui | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |                          |
| 2 Teniu entre 18 i 65 anys?                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 3 Pesau més de 50 kg?                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 4 Heu menjat alguna cosa en les 2 darreres hores?                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 5 Sou portador/a del virus de la immunodeficiència humana (VIH) o SIDA o creis que podríeu ser-ho?                                                                                                |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 6 Sou portador/a d'algun dels virus de l'hepatitis (B i/o C) o pensau que podríeu ser-ho?                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 7 Heu donat sang fora de les Illes Balears en els darrers 12 mesos?                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 8 En ocasions anteriors, heu patit algun inconvenient durant o després de la donació?                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 9 Us trobau bé de salut per poder donar sang avui?                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 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.)? |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| ACTUALMENT O EN ELS DARRERS 15 DIES                                                                                                                                                               |  |                                    |                          | SI                                           | NO                                  |                                              |                          |
| 11 Teniu o heu tingut malestar general, febre, símptomes catarrals, diarrees, etc.?                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | Marcau amb una X la casella que correspongui | <input type="checkbox"/>            |                                              |                          |
| 12 Preneu o heu pres alguna medicació? Quina?                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 13 Heu pres aspirina o antiinflamatoris en els darrers 5 dies?                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 14 Sou hipertens/a?                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 15 Estau en estudi pel vostre metge de capçalera o pendent d'alguna prova mèdica?                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 16 Patiu alguna malaltia cardíaca, pulmonar, neurològica, renal, hematològica, tumoral, immunitària, diabetis, etc.?                                                                              |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 17 Us heu fet algun tractament en el dentista?                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 18 Si sou dona, estau embarassada o heu tingut en el darrer any un part, una cesària o un avortament?                                                                                             |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| EN ELS DARRERS 4 MESOS                                                                                                                                                                            |  |                                    |                          |                                              |                                     | SI                                           | NO                       |
| 19 Us heu sotmès a alguna intervenció quirúrgica?                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     | Marcau amb una X la casella que correspongui | <input type="checkbox"/> |
| 20 Us han transfós sang o components sanguinis?                                                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 21 Us han fet alguna endoscòpia o algun tractament amb catèters?                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 22 Us han posat alguna vacuna en el darrer mes?                                                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 23 Us heu fet tatuatges, pírcings, acupuntura, mesoteràpia o qualque altre tractament amb agulles?                                                                                                |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 24 Heu mantingut relacions sexuals (anals, vaginals o orals) amb diferents persones?                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 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?                  |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 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?                                |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | Marcau amb una X la casella que correspongui | <input type="checkbox"/>            |                                              |                          |
| 27 Heu patit alguna malaltia venèria (sífilis, gonorrea, etc.)?                                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 28 Consumiu o heu consumit drogues injectades, encara que hagi estat una sola vegada, incloent-hi esteroides o hormones per augmentar la musculació?                                              |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 29 Preneu o heu pres altres drogues per altres vies (fumar, esnifar, etc.)?                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 30 Heu tingut alguna malaltia greu que hagi requerit tractament mèdic i/o ingrés hospitalari?                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 31 Heu patit icterícia (color groc de la pell) o heu presentat una prova positiva d'hepatitis?                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 32 Heu patit alguna reacció al·lèrgica greu?                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 33 Heu patit algun episodi de convulsions, crisi epilèptica o mareig amb pèrdua de coneixement?                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 34 Heu rebut hormona de creixement o un empelt de teixit provinent d'una altra persona (pell, còrnia, timpà, etc.)?                                                                               |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 35 Algun dels vostres familiars ha patit malaltia de Creutzfeldt-Jakob o alguna altra malaltia neurològica transmissible?                                                                         |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 36 Patiu o heu patit alguna malaltia infecciosa, com ara paludisme, malària, leishmaniosi, mononucleosi infecciosa, tuberculosi, malaltia de Chagas, etc.?                                        |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | Marcau amb una X la casella que correspongui | <input type="checkbox"/>            |                                              |                          |
| 37 Heu nascut o residit en algun país on el Chagas i/o la malària són endèmics?                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| 38 Heu viatjat fora d'Espanya en els darrers 12 mesos?                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                              |                                     |                                              |                          |
| Signatura i codi de l'entrevistador/a                                                                                                                                                             |  | Observacions:                      |                          |                                              |                                     |                                              |                          |
| <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                 |  | <div></div>                        |                          |                                              |                                     |                                              |                          |

Marcau amb una X la casella que correspongui

FL-EXT-04