

Es obligatorio que rellene los datos personales del primer recuadro (**EN MAYÚSCULAS**).

Nombre Apellidos
DNI Fecha de nacimiento País de nacimiento
Sexo biológico (de nacimiento): Masculino ☐ Femenino ☐

Si es la primera vez que realiza una donación, rellene todos los campos.
Si ya es donante y quiere modificar algún dato, rellene los campos correspondientes.

Dirección Código postal
Población Teléfono fijo Móvil
E-mail Castellano ☐ Catalán ☐

DONANTES Y CANDIDATOS A DONANTES

DECLARO:

1. Que he leído y he entendido el folleto informativo que me han proporcionado y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. He recibido información sobre el destino de mi donación, incluyendo el depósito en el Biobanco del IdISBA (Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares), y sobre las posibles complicaciones que se pueden presentar en relación con la donación de sangre.

2. Que estoy enterado/a de que cada donación se someterá a los análisis preventivos establecidos por las recomendaciones y la normativa actual y a los estudios epidemiológicos que hagan falta. Así mismo, sé que se dispone de un sistema de comprobación y notificación de los resultados analíticos anormales, la obligación de la notificación y que un resultado positivo en las pruebas supone la destrucción de la donación y la consiguiente exclusión como donante.

3. Que no me encuentro en ninguna de las circunstancias que excluyen de la donación y he tenido la oportunidad de retirarme o autoexcluirme. Confirmando que toda la información suministrada sobre mis datos personales y la entrevista médica es verídica y que mi acto es voluntario, responsable y altruista.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (RGPD) y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales; le informamos que sus datos serán tratados por Fundació Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears (FBSTIB) con la finalidad de regular adecuadamente todo el proceso de donación.

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad en los términos legales, mediante un correo electrónico a dpd@fbstib.org o dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: **calle Rosselló i Cazador, 20, Palma (Illes Balears)**. Para solicitar más información, acceda a **nuestra política de privacidad en www.fbstib.org**.

¿Quiere que los productos de su donación que no se puedan utilizar para el tratamiento de enfermos se depositen de manera anonimizada en el **Biobanco del Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears (IdISBa)** para actividades de investigación biomédica o de docencia autorizadas? Marque la casilla **[SI] [NO]**

Firma del donante
(imprescindible)

AGRADECERÍAMOS CONTESTARA SINCERAMENTE A ESTAS PREGUNTAS		ESTE CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL		SI	NO		
1	¿Ha leído y entendido el folleto informativo sobre SIDA, hepatitis y otras situaciones de riesgo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marque con una X la casilla que corresponda	<input checked="" type="checkbox"/>		
2	¿Tiene entre 18 y 65 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	¿Pesa más de 50 Kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	¿Ha comido algo en las 2 últimas horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	¿Es usted portador/a del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o SIDA o cree que podría serlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	¿Es usted portador/a de alguno de los virus de la hepatitis (B y/o C) o piensa que podría serlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	¿Ha donado sangre fuera de Baleares en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8	En ocasiones anteriores, ¿ha sufrido algún inconveniente durante o después de la donación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	¿Se encuentra bien de salud para poder donar sangre hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	¿Después de donar va a realizar alguna actividad laboral o deportiva de riesgo (buceo o submarinismo en las próximas 72 horas, conducir transporte público, cuerpos de seguridad ciudadana, alturas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ACTUALMENTE O EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS				SI	NO		
11	¿Tiene o ha tenido malestar general, fiebre, síntomas catarrales, diarreas, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	¿Toma o ha tomado alguna medicación? ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13	¿Ha tomado aspirina o antiinflamatorios en los últimos 5 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14	¿Es hipertenso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15	¿Está en estudio por su médico de cabecera o pendiente de alguna prueba médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16	¿Padece alguna enfermedad cardíaca, pulmonar, neurológica, renal, hematológica, tumoral, inmune, diabetes, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17	¿Se ha realizado algún tratamiento en el dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18	Si es mujer, ¿está embarazada o ha tenido en el último año un parto, cesárea o aborto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES				SI	NO		
19	¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20	¿Le han transfundido sangre o componentes sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21	¿Le han realizado alguna endoscopia o algún tratamiento con catéteres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22	¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
23	¿Se ha hecho tatuajes, "piercings", acupuntura, mesoterapia o algún otro tratamiento con agujas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24	¿Ha mantenido relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) con diferentes personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
25	¿Convive o ha tenido contacto doméstico directo o relaciones sexuales con personas afectadas de VIH, hepatitis B, hepatitis C o cualquier otra enfermedad infecciosa contagiosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
EN ALGUNA OCASIÓN A LO LARGO DE SU VIDA						SI	NO
26	En los últimos 12 meses, ¿toma o ha tomado tratamiento preventivo frente a la infección por VIH (Truvada®, Descovy®, etc.) antes o después de mantener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
27	¿Ha padecido alguna enfermedad venérea (sífilis, gonorrea, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
28	¿Consume o ha consumido drogas inyectadas, aunque haya sido una sola vez, incluido esteroides u hormonas para el aumento de la musculación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
29	¿Toma o ha tomado otras drogas por otras vías (fumar, esnifar, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
30	¿Ha tenido alguna enfermedad grave que haya requerido tratamiento médico y/o ingreso hospitalario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
31	¿Ha padecido ictericia (color amarillo de la piel) o ha presentado una prueba positiva de hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
32	¿Ha sufrido alguna reacción alérgica grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
33	¿Ha sufrido algún episodio de convulsiones, crisis epiléptica o mareo con pérdida de conocimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
34	¿Ha recibido hormona de crecimiento o un injerto de tejido proveniente de otra persona (piel, córnea, tímpano, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
35	¿Alguno de sus familiares ha padecido enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o alguna otra enfermedad neurológica transmisible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
36	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad infecciosa, como paludismo (malaria), leishmaniasis, mononucleosis infecciosa, tuberculosis, enfermedad de Chagas, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
37	¿Ha nacido o residido en algún país donde el Chagas y/o la malaria son endémicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
38	¿Ha viajado fuera de España en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Firma y código del entrevistador/a		Observaciones:					
<div><div></div><div></div></div>		<div></div>					

Marque con una X la casilla que corresponda