

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 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		

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. Confirmo 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? _____
- 2 ¿Tiene entre 18 y 65 años? _____
- 3 ¿Pesa más de 50 Kg? _____
- 4 ¿Ha comido algo en las 2 últimas horas? _____
- 5 ¿Es usted portador/a del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o SIDA o cree que podría serlo? _____
- 6 ¿Es usted portador/a de alguno de los virus de la hepatitis (B y/o C) o piensa que podría serlo? _____
- 7 ¿Ha donado sangre fuera de Baleares en los últimos 12 meses? _____
- 8 En ocasiones anteriores, ¿ha sufrido algún inconveniente durante o después de la donación? _____
- 9 ¿Se encuentra bien de salud para poder donar sangre hoy? _____
- 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.)? _____

Marque con una X la casilla que corresponda

ACTUALMENTE O EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS

SI NO

- 11 ¿Tiene o ha tenido malestar general, fiebre, síntomas catarrales, diarreas, etc.? _____
- 12 ¿Toma o ha tomado alguna medicación? ¿cuál? _____
- 13 ¿Ha tomado aspirina o antiinflamatorios en los últimos 5 días? _____
- 14 ¿Es hipertenso/a? _____
- 15 ¿Está en estudio por su médico de cabecera o pendiente de alguna prueba médica? _____
- 16 ¿Padece alguna enfermedad cardiaca, pulmonar, neurológica, renal, hematológica, tumoral, inmune, diabetes, etc.? _____
- 17 ¿Se ha realizado algún tratamiento en el dentista? _____
- 18 Si es mujer, ¿está embarazada o ha tenido en el último año un parto, cesárea o aborto? _____

EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES

SI NO

- 19 ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? _____
- 20 ¿Le han transfundido sangre o componentes sanguíneos? _____
- 21 ¿Le han realizado alguna endoscopia o algún tratamiento con catéteres? _____
- 22 ¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes? _____
- 23 ¿Se ha hecho tatuajes, "piercings", acupuntura, mesoterapia o algún otro tratamiento con agujas? _____
- 24 ¿Ha mantenido relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) con diferentes personas? _____
- 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? _____

SI NO

EN ALGUNA OCASIÓN A LO LARGO DE SU VIDA

- 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? _____
- 27 ¿Ha padecido alguna enfermedad venérea (sífilis, gonoreya, etc.)? _____
- 28 ¿Consume o ha consumido drogas inyectadas, aunque haya sido una sola vez, incluido esteroides u hormonas para el aumento de la musculación? _____
- 29 ¿Toma o ha tomado otras drogas por otras vías (fumar, esnifar, etc.)? _____
- 30 ¿Ha tenido alguna enfermedad grave que haya requerido tratamiento médico y/o ingreso hospitalario? _____
- 31 ¿Ha padecido ictericia (color amarillo de la piel) o ha presentado una prueba positiva de hepatitis? _____
- 32 ¿Ha sufrido alguna reacción alérgica grave? _____
- 33 ¿Ha sufrido algún episodio de convulsiones, crisis epiléptica o mareo con pérdida de conocimiento? _____
- 34 ¿Ha recibido hormona de crecimiento o un injerto de tejido proveniente de otra persona (piel, córnea, tímpano, etc.)? _____
- 35 ¿Alguno de sus familiares ha padecido enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o alguna otra enfermedad neurológica transmisible? _____
- 36 ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad infecciosa, como paludismo (malaria), leishmaniasis, mononucleosis infecciosa, tuberculosis, enfermedad de Chagas, etc.? _____
- 37 ¿Ha nacido o residido en algún país donde el Chagas y/o la malaria son endémicos? _____
- 38 ¿Ha viajado fuera de España en los últimos 12 meses? _____

Firma y código del entrevistador/a

Observaciones: