



És imprescindible que tots els donants ompliu aquestes dades (EN MAJÚSCULES).

Nom _____ DNI _____	Núm. donant _____
Cognoms _____	Codi corresponent a la unitat _____
Data de naixement _____ País de naixement _____	
<i>Donants nous ompliu tots els camps de les dades personals. Donants habituals ompliu els camps si observeu discrepàncies amb les dades de l'etiqueta adjunta.</i>	
Adreça _____	Fundació Banc de Sang i Teixits Illes Balears Tel. 971 76 44 33 www.fbstib.org www.donasang.org
Codi postal _____ Població _____	
Telèfon fix _____ Mòbil _____	
E-mail _____	
Castellà <input type="radio"/> Català <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Dona <input type="radio"/>	

A TOTS ELS DONANTS I CANDIDATS A DONANTS

Amb la meva signatura declar 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 el dipòsit en el Biobanc de l'IdISBA (Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears), i sobre les possibles complicacions que es podrien presentar en relació amb la donació de sang.

Estic assabentat 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 la consegüent exclusió com a donant.

No em trob en cap de les circumstàncies que exclouen de la donació i he tingut l'oportunitat de retirar-me o autoexcloure'm. Confirm 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.

La Fundació Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears (FBSTIB) inclourà les meves dades de caràcter personal en un fitxer informàtic amb la finalitat de regular adequadament tot el procés de la donació, d'acord amb la Llei orgànica de protecció de dades (15/1999).

Don el meu consentiment perquè la FBSTIB pugui utilitzar les meves dades personals de contacte (telèfon, domicili i adreça de correu electrònic) per comunicar tota aquella informació que consideri d'interès sobre la donació de sang. Si no estic d'acord amb aquest tipus de comunicacions o si vull exercir els meus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició segons els termes normatius aplicables, em puc dirigir a la FBSTIB (C/ Rosselló i Cazador, 20, Palma) o a través de l'adreça de correu electrònic **ejercicioderechoslopd@fbstib.org**

Signatura del donant necessària

Desitja que els productes de la seva 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? Marqui la casella [SI] [NO]

Marca amb una X la casella que correspongui

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 penseu que podríeu ser-ho? _____
7. Heu donat sang fora de les Illes Balears en els darrers 2 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 (conduir transport públic, cossos de seguretat ciutadana, altures, càrrega física, submarinisme en les pròximes 72 hores, etc.)? _____

SI NO

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? _____
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 estètic amb agulles? _____
24. Heu mantingut relacions sexuals (anals, vaginals o orals) amb diferents persones, homes o dones? _____
25. Conviviu o heu tingut contacte domèstic directe o relacions sexuals amb persones afectades d'hepatitis B i/o C o qualsevol altra malaltia infecciosa contagiosa? _____

EN ALGUNA OCASIÓ AL LLARG DE LA VOSTRA VIDA

SI NO

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

Signatura i codi de l'entrevistador:



Observacions: