

**УПИТНИК ЗА ДАВАОЦА КРВИ ИЛИ КОМПОНЕНАТА КРВИ**

Број даваоца ..... **ПОПУЊАВА ДАВАЛАЦ** Датум: \_\_\_\_\_

Презиме (име родитеља) име: \_\_\_\_\_

ЈМБГ: \_\_\_\_\_ Датум и година рођења: \_\_\_\_\_ Пол: М Ж

Адреса становања: \_\_\_\_\_ Општина: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_ тел.кућа: \_\_\_\_\_ тел.посао: \_\_\_\_\_ моб.тел.: \_\_\_\_\_

Предузеће, факултет, школа: \_\_\_\_\_ Занимање: \_\_\_\_\_

Број претходних давања: \_\_\_\_\_ Потпис даваоца: \_\_\_\_\_

**ПОПУЊАВА СЛУЖБЕНО ЛИЦЕ**

**Регистрација и пријем даваоца**

бар-код јединице крви и компоненте крви:

Крвна група: \_\_\_\_\_

Напомена доктору медицине : \_\_\_\_\_

Потпис одговорне особе: \_\_\_\_\_

**Одређивање хемоглобина/хематокрита**

**Одређивање крвне групе на плочици**

Бакар сулфат \_\_\_\_ Нормалан ниво \_\_\_\_ Низак ниво \_\_\_\_

**А Б АБ О**

Хемоглобинометар \_\_\_\_ Очитана вредност: \_\_\_\_\_ Потпис техничара: \_\_\_\_\_

**Здравствени преглед**

Прихваћен

плућа \_\_\_\_\_ срце \_\_\_\_\_ ТА \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Одбијен

ТГ \_\_\_\_\_ ТВ \_\_\_\_\_

Разлог одбијања: \_\_\_\_\_

тип кесе \_\_\_\_\_

Напомена: \_\_\_\_\_

Потпис и факсимил доктора медицине: \_\_\_\_\_

**Припрема кесе**

**Број лота кесе**

Потпис техничара: \_\_\_\_\_

**Венепункција** место пункције: - лева рука - десна рука Почетак давања: \_\_\_\_\_ сати \_\_\_\_\_ мин  
 количина узете крви: 405-495 мл <405 мл >495 мл Завршетак давања: \_\_\_\_\_ сати \_\_\_\_\_ мин

Разлог превременог прекида давања крви: \_\_\_\_\_

Потпис и факсимил

доктора медицине: \_\_\_\_\_

Потпис техничара пунктера: \_\_\_\_\_

ПОПУЊАВА ДАВАЛАЦ		
Молимо Вас да прочитате упитник и искрено одговорите на свако питање. Упитник је важан због очувања Вашег здравља и сигурности трансфузијског лечења пацијената. Ваши одговори, као и сви остали подаци о Вама су потпуно поверљиви (лекарска тајна) и користите се само за потребе овлашћене трансфузијске установе.		
1.	Да ли сте до сада добровољно давали крв или компоненте крви?	ДА НЕ
2.	Да ли сте икада били одбијени као давалац крви или компоненти крви?	ДА НЕ
3.	Да ли се тренутно осећате здравим, способним и одморним да дате крв или компоненте крви?	ДА НЕ
4.	Да ли сте нешто јели пре доласка на давање крви или компоненте крви?	ДА НЕ
5.	Да ли се бавите опасним занимањем или хобијем?	ДА НЕ
6.	Да ли редовно (свакодневно) узимате било какве лекове?	ДА НЕ
7.	Да ли сте последња 2-3 дана узимали било какве лекове (нпр. Бруфен, Кафетин, Аналгин...)?	ДА НЕ
8.	Да ли стално узимате Аспирин (Cardiopirin)? Да ли сте га узимали у последњих 5 дана?	ДА НЕ
9.	Да ли сте до сада испитивани или лечени у болници или сте тренутно на испитивању или боловању?	ДА НЕ
10.	Да ли сте вадили зуб у протеклих 7 дана?	ДА НЕ
11.	Да ли сте у последњих 7 до 10 дана имали температуру преко 38°C кијавицу, прехладу или узимали антибиотике?	ДА НЕ
12.	Да ли сте примили било коју вакцину или серум у протеклих 12 месеци?	ДА НЕ
13.	Да ли сте у последњих 6 месеци нагло изгубили на тежини?	ДА НЕ
14.	Да ли сте имали убоде крпеља у протеклих 12 месеци и да ли сте се због тога јављали лекару?	ДА НЕ
15.	Да ли сте икада лечени од епилепсије (падавице), шећерне болести, астме, туберкулозе, инфаркта, можданог удара, малигних обољења, менталних болести или маларије?	ДА НЕ
16.	Да ли болујете од неке друге хроничне болести: срца, плућа, бубрега, јетре, желуца и црева, костију и зглобова, нервног система, крви и крвних судова?	ДА НЕ
17.	Да ли сте икада имали проблема са штитастом жлездом, хипофизом и/или примали хормоне?	ДА НЕ
18.	Да ли имате неке промене на кожи или болујете од алергије?	ДА НЕ
19.	Да ли дуго крварите после повреде или спонтано добијате модрице?	ДА НЕ
20.	Да ли сте у протеклих 6 месеци: а) имали неку операцију или примипи крв? б) путовали или живели у иностранству? в) имали акупунктуру, пирсинг или тетоважу?	ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ
21.	Да ли сте пили алкохол у последњих 6 сати?	ДА НЕ
22.	Облици ризичних стања и понашања: а) Да ли сте боловали или болујете од хелатитиса (жутице) А, В или С? б) Да ли сте били у контакту или живите са особом оболелом од хепатитиса (жутице)? в) Да ли мислите да је постојала могућност да се заразите HIV-ом? г) Да ли сте икада користили било коју врсту дроге? д) Да ли сте икада користили препарате који се званично не издају на рецепт и/или препарате за боди бипдинг (стероиде)? ђ) Да ли сте икада за пружање сексуалних услуга узимали новац или дрогу? е) Да ли знате на које све начине сте могли изложити себе ризику од заразних, крвљу преносивих болести?	ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ
23.	Да ли сте имали сексуалне односе током протеклих 6 месеци без заштите: а) са особом која је HIV позитивна? б) са особом која има или је имала хепатитис (жутицу) В или С? в) са особом која је икада за пружање сексуалних услуга узимала новац или дрогу? г) са особом која је икада користила било коју врсту дроге на било који начин? д) са особом чије Вас је дотадашње сексуално понашање могло довести у ризик добијања сексуално преносиве болести? ђ) да ли сте Ви имали аналне сексуалне односе током протеклих 6 месеци?	ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ
За жене		
24.	Да ли сте у другом стању?	ДА НЕ
25.	Да ли тренутно имате менструацију?	ДА НЕ
26.	Да ли сте у последњих 6 месеци имали порођај или прекид трудноће?	ДА НЕ

ХВАЛА ШТО ДАЈЕТЕ КРВ

Потпис даваоца крви или компонента крви

\_\_\_\_\_