



BLÓÐBANKINN

HEILSUFAR BLÓÐGJAFI

VIÐ ENDURTEKNA BLÓÐGJÖF INNAN TVEGGJA ÁRA

ÚTG. 21, SKJALNR. EYB-0032

Notið prentstafi

Nafn: Kennitala:

Hvaða kyni var þér úthlutað við fæðingu? ☐ KK ☐ KVK ☐ ANNAD

Hvernig skilgreinir þú þig í dag? (getur skipt máli varðandi blóðflokkamótefni)

Símanúmer: Netfang:

Atvinna: Stundar þú áhættustarf / -áhugamál? ☐ JÁ ☐ NEI

Hefur þú áhuga á að gefa blóðsýni og fara á stofnfrumugjafaskrá (18 til 40 ára)? ☐ JÁ ☐ NEI

Ég borðaði síðast kl: Einhverjir fylgikvillar við / eftir síðustu blóðgjöf / sýnatöku?

Hefur þú gefið blóð annars staðar en á Íslandi? ☐ JÁ ☐ NEI Ef já: Hvar og hvenær?

Hefur þér einhvern tímann verið vísað frá blóðgjöf? ☐ JÁ ☐ NEI Ef já: Hvers vegna?

HAFA BER Í HUGA:

Við hverja blóðgjöf eru tekin blóðsýni sem eru rannsökuð með tilliti til HIV, sárasóttar og lifrabólgu B og C.

Ekki er hægt að fulltryggja að merki um (ný) smit komi fram þó að blóðgjafi sé sýktur.

Ef merki um smit kemur í ljós er haft samband við blóðgjafa, blóðgjafi afskráður og blóðinu fargað.

Til að geta metið hæfi blóðgjafa er mikilvægt að öllum spurningum sé svarað.

Farið verður með allar upplýsingar sem trúnaðarmál.

Með undirskrift samþykki ég að hafa lesið og skilið upplýsingarefni Blóðbankans, fengið tækifæri til að bera fram spurningar og fengið fullnægjandi svör.

Ég samþykki blóðgjöf / sýnatöku og að Blóðbankinn geymi upplýsingar mínar á rafrænu og pappírformi.

Ég ábyrgist að hafa svarað heilsufarsspurningum samkvæmt bestu vitund.

Dags.: Undirskrift blóðgjafa:

Fyllist út af starfsfólki:

PERSÓNUVOTTUN

VIÐTAL

HÚÐSKOÐUN

BLÓÐTAKA

ATH KÓÐAR (FV/AU)

ALMENNAR SPURNINGAR

	Já	Nei
1. Telur þú þig vera við góða heilsu og líður þér vel í dag?	☐	☐
2. Ert þú yfir 50 kg?	☐	☐
3. Notar þú lyfseðilsskyld lyf (þ.m.t. krem, sprautur)?	☐	☐
4. Hefur þú á síðustu 2 vikum notað lyf, á einnig við um lyf sem fást án lyfseðils, t.d. verkjalyf, náttúrulyf og fæðubótarefni?	☐	☐
5. Ert þú í eftirliti hjá lækni, biður niðurstaðna, t.d. blóðprufu eða myndgreininga, hefur þú legið á sjúkrahúsi síðustu 6 mánuði eða ert þú í veikindaleyfi?	☐	☐
6. Hefur þú verið með hita, hósta, kvef, uppköst, niðurgang eða eitlabólgu síðustu 2 vikur ?	☐	☐
7. Hefur þú upplifað óvenjuleg eða óútskýrð einkenni veikinda, t.d. langvarandi hita eða óútskýrt þyngdartap?	☐	☐
8. Ert þú með opið sár, húðsykingu, útbrot, exem, psoriasis, frunsu eða önnur húðvandamál?	☐	☐
9. Hefur þú verið hjá tannlækni síðastliðnar 4 vikur ?	☐	☐
10. Hefur þú síðastliðnar 4 vikur umgengist fólk með smitandi sjúkdóm, t.d. hlaupabólgu?	☐	☐
11. Hefur þú á síðustu 12 mánuðum fengið bólusetningu?	☐	☐
12. Hefur þú á síðustu 2 vikum neytt fíkniefna eða annarra ólöglegra vímuefna, þ.e. reykt, gleypt, gegnum slímhúð?	☐	☐
13. Hefur þú einhvern tímann á ævvinni , jafnvel bara einu sinni, deilt nál / sprautu með einhverjum eða sprautað þig með ólöglegum efnum (ekki uppáskriftuð af lækni), t.d. fíkniefnum, sterum, hormónum eða peptíðum?	☐	☐
14. Hefur þú á síðustu 4 vikum tekið lyf við unglingsbólum (t.d. Roaccutan, Isotretinoin, Decutan eða Alitretinoinum) eða lyf við stækkun blöðruhálskirtils eða hárlosi (t.d. Finol, Finasterid, Proscar)?	☐	☐
15. Hefur þú á síðustu 3 árum tekið Neotigason eða Acitretinum vegna psoriasis eða Erivedge / Vismodegib á síðustu 2 árum vegna basalfrumkrabbameins?	☐	☐
16. Hefur þú einhvern tímann á ævvinni tekið Etreinat / Tegison / Tigason vegna psoriasis?	☐	☐

HEFUR ÞÚ Á SÍÐUSTU 4 MÁNUÐUM

	Já	Nei
1. Farið í húðflúr / tattú, götun eða öramyndun á yfirborði húða (scarification)?	☐	☐
2. Farið í nálastungurmeðferð hjá öðrum en heilbrigðisstarfsmanni?	☐	☐
3. Farið í varanlega förðun, í rafháreyðingu eða fegrunar meðferð þar sem húð var rofin (t.d. microblading, botox, fylliefni)?	☐	☐
4. Farið í aðgerð?	☐	☐
5. Farið í maga- eða ristilspeglun eða aðra speglun þar sem notuð voru sveigjanleg speglunartæki?	☐	☐
6. Slasast, t.d. brotið bein?	☐	☐
7. Fengið á þig líkamsvessa annarra, t.d. blóð í auga eða munn, nálastunguóhapp eða bit af dýra-, skordýra- eða mannavöldum?	☐	☐
8. Greinst með kynsjúkdóm?	☐	☐
9. Verið í nánum samskiptum við eða deilt heimili með einstaklingi með smitsjúkdóm, t.d. lífrarbólgu?	☐	☐

EINSTAKLINGSBUNDIÐ ÁHÆTTUMAT

- SMITVARNIR

	Já	Nei
1. Hefur þú lesið bæklinginn um einstaklingsbundið áhættumat - smitvarnir?	☐	☐
2. Hefur þú stundað kynlíf með nýjum aðila síðastliðna 4 mánuði ?	☐	☐
3. Hefur þú stundað áhættusamt kynlíf síðastliðna 4 mánuði ?	☐	☐

ERT ÞÚ MED / HEFUR ÞÚ EINHVERN TÍMANN GREINST MED / FENGID?

	Já	Nei
1. Undirliggjandi eða nýgreindan sjúkdóm?	☐	☐
2. Hefur Creutzfeldt-Jakob sjúkdómur greinst hjá þér eða hjá blóðskyldum ættingja þínum, eða er grunur um að svo sé?	☐	☐

KONA / TRANSKARL

	Já	Nei
1. Hefur þú: Orðið barnshafandi / fætt barn / misst fóstur / farið í þungunarrof síðustu 6 mánuði ?	☐	☐
2. Hefur þú: Farið í keiluskurð, greinst með frumubreytingar í leghálsi eða ertu í auknu eftirliti vegna þess?	☐	☐
3. Ert þú að reyna að verða barnshafandi eða í frjósemis meðferð?	☐	☐

KARLMAÐUR / TRANSKONA

	Já	Nei
1. Hefur þú farið í rannsókn og / eða fengið meðhöndlun vegna stækkaðs blöðruhálskirtils eða blöðruhálskirtilssjúkdóms?	☐	☐
2. Hefur þú á síðustu 6 mánuðum tekið Avodart eða Dutasteride við stækkun blöðruhálskirtils?	☐	☐

FERDALÖG OG BÚSETA

	Já	Nei
1. Hefur þú búið erlendis (fyrir utan Norðurlöndin)?	☐	☐
2. Hefur þú dvalið í meira en 4 vikur samfelld (einhvern tímann á ævvinni) í Mið- / Suður-Ameríku, þ.a.m. Mexíkó? ..	☐	☐
3. Hefur þú dvalið á malaríusvæði 6 mánuði samfelld eða lengur?	☐	☐
4. Hefur þú ferðast eða dvalið erlendis síðustu 6-12 mánuði ?	☐	☐
5. Ef já: Fannstu fyrir einkennum sem bentu til veikinda, t.d. hita eða þurftir á lækni aðstoð að halda meðan á ferðinni stóð eða 4 vikur eftir heimkomu?	☐	☐