



BLÓÐBANKINN

HEILSUFAR BLÓÐGJAFI

VIÐ FYRSTU KOMU EÐA EF TVÖ ÁR ERU LIÐIN FRÁ
SÍÐUSTU BLÓÐGJÖF

ÚTG. 21. SKJALNR. EYB-0164

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. Ert þú á aldrinum 18-65 ára?	☐	☐
2. Ert þú yfir 50 kg?	☐	☐
3. Telur þú þig vera við góða heilsu og líður þér vel í dag?	☐	☐
4. Notar þú lyfseðilsskyld lyf (þ.m.t. krem, sprautur)?	☐	☐
5. Hefur þú á síðustu 2 vikum notað lyf, á einnig við um lyf sem fást án lyfseðils, t.d. verkjalyf, náttúrulyf og fæðubótarefni?	☐	☐
6. Hefur þú slasast nýlega?	☐	☐
7. 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?	☐	☐
8. Hefur þú verið með hita, hósta, kvef, uppköst, niðurgang eða eitlabólgu síðustu 2 vikur ?	☐	☐
9. Hefur þú upplifað óvenjuleg eða óútskýrð einkenni veikinda, langvarandi hita eða óútskýrt þyngdartap?	☐	☐
10. Ert þú með opið sár, húðsýkingu, útbrot, exem, psoriasis, frunsu eða önnur húðvandamál?	☐	☐
11. Hefur þú verið hjá tannlækni síðastliðnar 4 vikur ?	☐	☐
12. Hefur þú síðastliðnar 4 vikur umgengist fólk með smitandi sjúkdóm, t.d. hlaupabólgu?	☐	☐
13. Hefur þú á síðustu 12 mánuðum fengið bólusetningu?	☐	☐
14. Hefur þú á síðustu 2 vikum nýtt fíkniefna eða annarra ólöglegra vímuefna, þ.e. reykt, gleypt eða tekið í gegnum slímhúð?	☐	☐
15. Hefur þú einhvern tímann á ævinni , jafnvel bara einu sinni, deilt nál / sprautu með einhverjum eða sprautað þig með ólöglegum efnum (ekki uppáskriftuð af lækni), t.d. fíkniefnum, anabólískum störmum, hormónum eða peptíðum?	☐	☐
16. Hefur þú á síðustu 4 vikum tekið lyf við unglingabólum (t.d. Roaccutan, Isotretinoin, Decutan eða Alitretinoinum), lyf við stækkun blöðruhálskirtils eða hárlosi (t.d. Finól, Finasterid, Proscar)?	☐	☐
17. Hefur þú á síðustu 3 árum tekið Neotigason eða Acitretinum vegna psoriasis eða Erivedge / Vismodegib á síðustu 2 árum vegna basálfrumukrabbameins?	☐	☐
18. Hefur þú einhvern tímann á ævinni tekið Etreinat / Tegison / Tigason vegna psoriasis?	☐	☐
19. Hefur þú einhvern tímann fengið blóð, líffæri, vefjaígræðslu / beinvef úr manni eða dýri, þ.á.m. hornhimnu eða heilahimnu?	☐	☐

HEFUR ÞÚ Á SÍÐUSTU 4 MÁNUÐUM

	Já	Nei
1. Farið í húðflúr / tattú, götun eða öramyndun á yfirborði húðar (scarification)?	☐	☐
2. Farið í nálastungumeðferð hjá öðrum en heilbrigðisstarfsmanni?	☐	☐
3. Farið í varanlega förðun, í rafháreyðingu eða fegrunarmedferð 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. Fengið á þig líkamsvessa annarra, t.d. blóð í auga eða munn, nálastunguóhapp eða bit af dýra-, skordýra- eða mannavöldum?	☐	☐
7. Verið í nánum samskiptum við eða deilt heimili með einstaklingi með smitsjúkdóm, t.d. lífrabólgu?	☐	☐

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 MEÐ / HEFUR ÞÚ EINHVERN TÍMANN GREINST MEÐ / FENGIÐ?

	Já	Nei
1. Hjarta-blóðrásarsjúkdóm, t.d. of háan eða of lágan blóðþrýsting, hjartsláttaróreglu, hjartaáfall, hjartabilun, hjartaöng, mæði, heilablóðfall, verk / þyngsli í brjóstholi?	☐	☐
2. Hefur þú fallið í yfirlið eða misst tímabundið meðvitund?	☐	☐
3. Lungnasjúkdóm, t.d. astma, berkla, mæði?	☐	☐
4. Nýrna- eða þvagfærasjúkdóm?	☐	☐
5. Sykursýki (tegund 1 / tegund 2), efnaskipta- eða innkirtlasjúkdóm, t.d. í skjaldkirtli?	☐	☐
6. Krabbamein, illkynja sjúkdóm eða frumubreytingar?	☐	☐
7. Lifrarsjúkdóm, t.d. gulu eða lifrabólgu B eða C?	☐	☐
8. Flogaveiki?	☐	☐
9. Heila- eða taugasjúkdóma, t.d. MS?	☐	☐
10. Blóðsjúkdóm, t.d. blóðleysi, blæðingar- eða blóðstorkusjúkdóm, æðasjúkdóm?	☐	☐
11. Iktsýki / liðagigt eða annan alvarlegan gigtarsjúkdóm?	☐	☐
12. Húðsjúkdóm?	☐	☐
13. Sjúkdóm í maga / þörmum?	☐	☐
14. Ofnæmi, þ.á m. lyfjaofnæmi eða fengið alvarleg ofnæmisviðbrögð?	☐	☐
15. Kynsjúkdóm?	☐	☐
16. Hefur Creutzfeldt-Jakob sjúkdómur greinst hjá þér eða hjá blóðskyldum ættingja þínum eða er grunur um að svo sé?	☐	☐
17. Fengið vaxtarhormón fyrir 1. janúar 1986?	☐	☐
18. Hefur þú greinst með / fengið meðhöndlun við arfgengri járnofhleðslu?	☐	☐
19. Fengið alvarlegan smitsjúkdóm, s.s. HIV, HTLV, sárásótt, beinmergs-/beinsýkingu, einkirningasótt, apabólu (mpox) gígtsótt, toxoplasmosis, Q-fever eða annan óvenjulegan smitsjúkdóm?	☐	☐
20. Fengið malaríu, chagas, babesiosis, leishmaniasis / kala-azar, schistosomiasis (blóðögðuveiki), brucellosis (öldusótt), filariasis, ebólu eða annan hitabeltissjúkdóm?	☐	☐

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 með alvarlegan sjúkdóm í kvenlíffærum?	☐	☐
4. Ert þú að reyna að verða barnshafandi eða í frjósémismeðferð?	☐	☐

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 vegna stækkunar á blöðruhálskirtli?	☐	☐

FERÐALÖG OG BÚSETA

	Já	Nei
1. Fæddist þú utan Íslands?	☐	☐
2. Hefur þú búið erlendis (fyrir utan Norðurlöndin)?	☐	☐
3. Hefur þú dvalið í meira en 4 vikur samfelld (einhvern tímann á ævinni) í Mið- / Suður-Ameríku, þ.á m. Mexíkó?	☐	☐
4. Er móðir þín fædd í Mið- / Suður-Ameríku?	☐	☐
5. Hefur þú fengið blóð í Mið- / Suður-Ameríku?	☐	☐
6. Hefur þú dvalið á malaríusvæði 6 mánuði samfelld eða lengur?	☐	☐
7. Hefur þú ferðast eða dvalið erlendis síðustu 6-12 mánuði ?	☐	☐
8. Ef já: Fannstu fyrir einkennum sem bentu til veikinda t.d. hita eða þurftir á læknaaðstoð að halda meðan á ferðinni stóð eða 4 vikum eftir heimkomu?	☐	☐

Vinsamlega hafðu samband ef þú veikist innan tveggja vikna frá blóðgjöf