



És imprescindible que ompliu aquestes dades personals (EN MAJÚSCULES).

|   |  |
|---|--|
| Nom _____   | Núm. donant _____  |
| Cognoms _____   | Codi corresponent a la unitat  |
| Data de naixement _____ DNI _____                           |  |
| País de naixement _____                                     | Fundació Banc de Sang i Teixits Illes Balears<br>Tel. 971 76 44 33<br><br><b>www.fbstib.org</b><br><b>www.donasang.org</b> |
| Home <input type="radio"/> Dona <input type="radio"/>       |  |
| Adreça _____  |  |
| Codi postal _____ Població _____                            |  |
| Telèfon fix _____ Mòbil _____                               |  |
| E-mail _____  |  |
| Castellà <input type="radio"/> Català <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 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](mailto:ejercicioderechoslopd@fbstib.org)**.

\_\_\_\_\_  
Signatura del donant

Marca amb una X la casella que correspongui

|   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Heu llegit i entès el fullet informatiu sobre SIDA, hepatitis i altres situacions de risc? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Teniu entre 18 i 65 anys? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pesau més de 50 kg? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Heu menjat alguna cosa en les 2 darreres hores? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sou portador/a del virus de la immunodeficiència humana (VIH) o SIDA o creis que podríeu ser-ho? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sou portador/a d'algun dels virus de l'hepatitis (B i/o C) o pensau que podríeu ser-ho? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Si heu donat sang alguna vegada fora de les Illes Balears, la darrera va ser fa menys de 2 mesos? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. En ocasions anteriors, heu patit algun inconvenient durant o després de la donació? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Us trobau bé de salut per poder donar sang avui? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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.) ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**ACTUALMENT O EN ELS DARRERS 15 DIES**

**SI NO**

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. Teniu o heu tingut malestar general, febre, símptomes catarrals, diarrees, etc.? _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Preneu o heu pres alguna medicació? Quina? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Heu pres aspirina o antiinflamatoris en els darrers 5 dies? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sou hipertens? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Estau en estudi pel vostre metge de capçalera o pendent d'alguna prova mèdica? _____                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Patiu alguna malaltia cardíaca, pulmonar, neurològica, renal, hematològica, tumoral, immunitària, diabetis, etc.? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Us heu fet algun tractament en el dentista? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Si sou dona, estau embarassada o heu tingut en el darrer any un part, una cesària o un avortament? _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**EN ELS DARRERS 4 MESOS**

**SI NO**

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19. Us heu sotmès a alguna intervenció quirúrgica? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Us han transfós sang o components sanguinis? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Us han fet alguna endoscòpia o algun tractament amb catèters? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Us han posat alguna vacuna en el darrer mes? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Us heu fet tatuatges, pírcings, acupuntura, mesoteràpia o qualque altre tractament estètic amb agulles? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Heu mantingut relacions sexuals (anals, vaginals o orals) amb diferents parelles, homes o dones? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**EN ALGUNA OCASIÓ AL LLARG DE LA VOSTRA VIDA**

**SI NO**

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

Signatura i codi de l'entrevistador:

Observacions: