

VÉRADÓ NYILATKOZAT ÉS KÉRDŐÍV

IGEN NEM

A véradóknak szóló előzetes- és adatkezelési tájékoztatót elolvastam, megértettem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kijelentem, hogy tudomásom szerint vérem gyógyító célra felhasználható.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hozzájárulok, hogy az Országos Vérellátó Szolgálat vagy az általa szerződésben megbízott intézet tőlem vért vegyen , vérmintáimból az előírt vizsgálatokat elvégezze , személyi és egészségügyi adataimat az adatkezelési tájékoztatóban leírtak szerint kezelje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hozzájárulok, hogy az Országos Vérellátó Szolgálat az adatkezelési tájékoztatónak megfelelően adataimat átadja:		
• véradás szervezési célból a Magyar Vöröskeresztnek.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• különleges vércsoport tulajdonságú véradók felkutatásához a szerződéses partnerének.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• a véradáson való megjelenés igazolására a munkáltatómnak.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• társadalmi célú reklámok, tájékoztatók küldéséhez az Emberi Erőforrások Minisztériumának.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
véradó aláírása:		

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre! Részletes megbeszélésre az orvosi vizsgálaton lesz lehetősége.

Általános kérdések:

	IGEN	NEM
Egészségesnek érzi magát?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jelenleg kezelik-e valamilyen betegséggel, jelenleg szed-e gyógyszert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szedte-e a tájékoztatóban szereplő gyógyszerek valamelyikét? <i>(Kérjük, tekintse át a Gyógyszerlistát!)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolgozik-e veszélyes anyagokkal, a magasban vagy veszélyes helyen? <i>(pl. daru, repülőgép)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korábbi véradása után volt-e panasza, rosszullete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tud-e arról, hogy vérrokonai között előfordult a Creutzfeldt-Jakob betegség?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élete során bármikor használt-e intravénás kábítószer vagy olyan injekciót, amit nem orvos írt fel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élete során kapott-e emberi eredetű hormonkészítményt? <i>(pl. növekedési hormon)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e szövet-, szervátültetése; átessett-e nemi átalakító műtéten? <i>(nőből férfi / férfiből nő)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szexuális életvitele miatt nagyobb-e a kockázata annak, hogy fertőző betegséget kap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(pl. szexuális kapcsolatot folytat pénzért, kábítószerért, utazásért, lakhatásért vagy más anyagi ellenszolgáltatásért; rendszeresen szexuális kapcsolatba lép ismeretlenekkel, alkalmi ismerősökkel, prostituáltakkal stb.; házastársa, élettársa, rendszeres szexuális partnere fertőzésátvitel szempontjából kockázatos <lásd: Tájékoztató>)</i>		

Külföldi tartózkodással kapcsolatos kérdések:

Trópusi országban született-e, vagy élt-e legalább 6 hónapot összefüggően trópusi országban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élt-e 1980 és 1996 között az Egyesült Királyságban legalább 1 évet összefüggően?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapott-e transzfúziót az Egyesült Királyságban vagy valamelyik trópusi országban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bármelyik külföldi tartózkodása alatt vagy hazatérés után 6 hónapon belül volt-e magas láza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az utóbbi egy évben járt-e külföldön?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korábbi vagy jelenlegi betegségeire vonatkozó kérdések:

Szív- és érrendszeri betegség <i>(pl. vérnyomásbetegség, mellkasi fájdalmak, szélütés <stroke>)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérképzőszervi-, immunrendszert érintő betegség <i>(pl. véralvadási zavar, vérékenység, trombózis)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonbetegség <i>(pl. pajzsmirigybetegség, mellékvese-betegség, cukorbetegség)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idegrendszer betegség <i>(pl. ismételt ájulások, epilepszia, görcsös rohamok)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rosszindulatú betegség <i>(pl. leukémia; szerveket, szöveteket érintő daganat)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légzőszerveket érintő betegség <i>(pl. tüdőbetegség, TBC, asztma)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyomor- és bélbetegség; vesebetegség <i>(pl. gyomorfekély, lisztérzékenység, gyulladós bélbetegség)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertőző betegség <i>(fertőző májgyulladás <HAV, HBV, HCV>, szifilisz, malária, Chagas-betegség, babesiosis, Leishmania-fertőzés, HIV, HTLV I/II, egyéb fertőző betegség)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Az utóbbi két év eseményeire vonatkozó kérdések:

Volt-e indokolatlan szomjúságérzés mellett sok vizelete, fokozott éhsége, fáradékonysága?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e indokolatlan fogyása, láza, indokolatlan nyirokcsomó duzzanata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapott-e vért, vérkészítményt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Az utóbbi fél év eseményeire vonatkozó kérdések:

Volt-e kitéve vérrrel átvihető fertőzés fokozott kockázatának?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(pl. alkalmi szexuális kapcsolata volt fertőzésátvitel szempontjából kockázatos partnerrel <lásd: Tájékoztató>; HBV/HCV/HIV-pozitív ember vérével érintkezett <lásd: Tájékoztató>; vizsgálati fogságban vagy büntetés-végrehajtási intézetben fogva tartották)</i>		
Élt-e fertőző beteg közvetlen környezetében? <i>(TBC; májgyulladás: HBV; himlő; kanyaró stb.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e tetoválása, füllyukasztása, testékszer-behelyezése, akupunktúrás kezelése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e műtete, endoszkópos vizsgálata <i>(gyomor-, béltükrözés)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e állatharapása, kullancs-csípése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Az utóbbi egy hónapon belül történt eseményekre vonatkozó kérdések:

Volt-e lázas betegsége, balesete, sérülése, fogkezelése, herpesze, hasmenése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapott-e NGERIX , TWINRIX vagy más védőoltást hepatitis B májgyulladás ellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéb védőoltás <i>(BCG, sárgaláz, rubeola, kanyaró, mumpsz, tífusz, kolera, poliomyelitis stb.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kérdés csak nőknek:

Két éven belül volt-e terhessége? Jelenleg terhes-e vagy szoptat-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------