

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 (OVSz) vagy az általa szerződésben megbízott intézet tőlem vért vegyen , vérmintáimból az előírt vizsgálatokat elvégezze , személyi- és egészségügyi adataimat az adatkezelési tájékoztatóban leírtak szerint kezelve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hozzájárulok, hogy az OVSz az adatkezelési tájékoztatónak megfelelően a megkereséshez szükséges adataimat:		
• véradás szervezési célból átadja a Magyar Vöröskeresztnek.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• különleges vércsoport tulajdonságú véradók felkutatásának céljából átadja a szerződéses partnerének.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• kedvezmény, megbecsülés vagy jutalmazás céljából felhasználja, illetve átadja a munkáltatónak.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• társadalmi reklám, tájékoztató küldése céljából átadja az egészségügyért felelős kormányzati szervnek.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
véradó aláírása:		

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

Általános kockázatfelmérő kérdések:

	Igen	Nem
Jelenleg egészségesnek érzi magát?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tervezi-e, hogy a mai nap veszélyes tevékenységet végez (pl. munka a magasban, extrém sport)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha korábban adott már vért, a véradása után volt-e panasza, rosszullete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élete során volt-e életveszélyes allergiás reakciója (anafíliaxia)? (pl. gyógyszerre, rovarcsípésre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élete során bármikor használt-e intravénás kábítószerrel vagy olyan injekciót, amit nem orvos írt fel?	<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. rendszeres szexuális kapcsolat pénzért-, kábítószerért cserébe; alkalmi ismerősökkel; prostituáltakkal, vagy rendszeres szexuális kapcsolat fertőzés átvitel szempontjából kockázatos partnerrel <lásd: Tájékoztató>)</i>		

Transzfúzióra, szervátültetésre, örökletes tényezőkre vonatkozó kérdések:

	Igen	Nem
Élete során kapott-e transzfúziót (vért, vérkészítményt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e szövet-, szervátültetése? Élete során kapott-e emberi eredetű hormont (pl. növekedési hormon)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tud-e arról, hogy vérrokonai között előfordult a Creutzfeldt-Jakob betegség?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Születéskori nemét okmányjaiban megváltoztatták-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Külföldi tartózkodással kapcsolatos kérdések:

	Igen	Nem
Az utóbbi egy évben járt-e külföldön?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trópusi országban született-e, vagy élt-e legalább 6 hónapot összefüggően 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"/>
Élt-e 1980 és 1996 között az Egyesült Királyságban legalább 1 évet összefüggően?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gyógyszer szedésére vonatkozó kérdések:

	Igen	Nem
Jelenleg szed-e valamilyen gyógyszert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szedte-e a tájékoztatóban szereplő gyógyszerek valamelyikét? (Kérjük, tekintse át a Gyógyszerlistát!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelenlegi vagy korábbi betegségeire vonatkozó kérdések:

	Igen	Nem
Szív- és érrendszeri betegség (pl. vérnyomásbetegség, mellkasi fájdalmak, szívinfarktus, stroke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérképzőszervi-, immunrendszeri betegség (pl. véralvadási zavar, vérzékenység, trombózis, embólia) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonbetegség (pl. pajzsmirigybetegség, mellékvese-betegség, cukorbetegség)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idegrendszer betegség (pl. ismételt ájulások, epilepszia, görcsös rohamok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rosszindulatú betegség (pl. leukémia; szerveket, szöveteket érintő daganat).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légzőszerveket érintő betegség (pl. tüdőbetegség, TBC, asztma).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyomor- és bélbetegség; vesebetegség (pl. gyomorfekély, lisztérzékenység, gyulladós bélbetegség)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertőző betegség (fertőző májgyulladás <HAV, HBV, HCV>, szifilisz, malária, Chagas-betegség..... <i>babesiosis, Leishmania-fertőzés, HIV, HTLV I/II, egyéb fertőző betegség)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e olyan egyéb betegsége, ami a fentiekbe nem sorolható?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fél éven belüli eseményekre vonatkozó kérdések:

	Igen	Nem
Élt-e fertőző beteg közvetlen környezetében? (TBC; hepatitis B; himlő; kanyaró stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetoválták-e? Volt-e füllyukasztása, testékszer-behelyezése, akupunktúrás kezelése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Átesett-e műtéten, endoszkópos vizsgálaton (gyomor-, béltükrözés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harapta-e meg ismeretlen, vagy vadon élő állat? Volt-e kullancs-csípése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e kitéve vérrel 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; bűnteljes-végrehajtási intézetben fogva tartották <lásd: Tájékoztató>)</i>		

Az utóbbi egy hónapon belül történt eseményekre vonatkozó kérdések:

	Igen	Nem
Volt-e indokolatlan fogyása, láza, nyirokcsomó duzzanata, szomjúságérzés mellett sok vizelete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e lázas betegsége, balesete, sérülése, fogkezelése, herpesze, hasmenése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapott-e ENGERIX, TWINRIX vagy más védőoltást hepatitis B májgyulladás ellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéb védőoltás (BCG, sárgaláz, rubeola, kanyaró, mumpsz, tífusz, kolera, poliomyelitis stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Csak nőkre vonatkozó kérdések:

	Igen	Nem
Jelenleg, vagy az elmúlt fél évben volt-e terhes? Jelenleg szoptat-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha korábban adott már vért, akkor az utolsó véradása óta volt-e terhes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>