

**FICHA DE DONANTE**

*Pegar aquí el  
número de donación*

# DATOS DEL DONANTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Realizó alguna vez una donación de sangre? Sí No | | | | | | | Nº de donante | | | | | ………………………...… |
| D. N. I. | ……………………..…………………………….. | | | | | Sexo | | | | | Varón Mujer | |
| Nombre | …………………………………………… | | | Apellidos | | ………………..…………………………………………………………… | | | | | | |
| Dirección | …………………………………………………………………………………………………………….……………………………….. | | | | | | | | | | | |
| C. Postal | ………..……… | Población | …………………………………………... | | | | Teléfono: | | | ……………….……………………. | | |
| E-mail: | …………………………………………………………….……...……..…….. | | | | | | Tel. Móvil: | | | ……………….……………………. | | |
| Fecha de nacimiento …………….……………………. | | | | | Provincia de nacimiento | | | | ……………………………………………. | | | |

Conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos de que el responsable del tratamiento de sus datos es la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León. Sus datos de carácter personal serán tratados con la finalidad de gestionar su donación y poder desempeñar nuestras funciones de suministro de sangre y componentes sanguíneos. Para hacerse donante, consiente expresamente con la firma de este documento que tratemos sus datos genéticos y de salud con las finalidades indicadas.

**Para los siguientes tratamientos de datos necesitamos que nos otorgue su consentimiento marcando la casilla:**

- Accedo a ser convocado para donar a través de teléfono, mensaje al móvil y/o correo electrónico: **SÍ [ ] NO [ ]**

- Accedo a que las muestras de mi donación puedan ser utilizadas con fines docentes y/o de investigación: **SÍ [ ] NO [ ]**

En caso de producirse alguna modificación en sus datos, le rogamos nos lo comunique debidamente.

La legitimación del tratamiento de sus datos deriva del cumplimiento de las obligaciones legales que nos aplican como responsable del tratamiento y de su consentimiento explícito.

**Para las siguientes comunicaciones de datos, solicitamos su consentimiento expreso marcando la casilla:**

- Comunicar sus datos nominativos, de contacto y los datos relativos a su donación (tipo, fecha y lugar) a la hermandad de donantes de sangre de su provincia: **SÍ [ ] NO [ ]**

En los demás supuestos, sus datos no se cederán a terceros, salvo obligación legal.

Si nos ha dado su consentimiento en una donación anterior, se tendrán en consideración los consentimientos otorgados previamente. Le recordamos que puede modificar dichos consentimientos en este mismo formulario.

Sus derechos de acceso, oposición, rectificación y supresión, así como otros derechos que tiene reconocidos, puede ejercerlos como se explica en nuestro Portal de Transparencia: <http://transparencia.centrodehemoterapiacyl.es>

Declaro que he leído el texto informativo del dorso de esta hoja, así como el impreso «Haciendo más segura su donación», he tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas satisfactoriamente, he entendido los motivos que excluyen para la donación de sangre y que no me afectan, así como las preguntas referentes a mi historia médica. Doy mi consentimiento, con pleno conocimiento de causa, para proseguir con el proceso de donación. **Confirmo que la información aportada es veraz y sincera**.

Firma del donante:

# DATOS DE LA DONACIÓN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar extracción | | | ……….………………………… | | | | Peso | | | ………………………… | | | | Hb | | | | ………………… |
| Fecha extracción | | | ………………………………… | | | | T. arterial | | | ……………/………….. | | | |  | | | |  |
| Hora | | | ………………………………… | | | | Pulso | | | ………………………… | | | | **Apto**: | | | | Sí No |
| Motivo de exclusión ………………………………………………………………………..…………… hasta ……..……………..………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de donación: | | | | Sangre total | | Af. plaquetas+plasma | | | | | | | Aféresis plasma | | | | .………………… | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |
| **Responsable selección** | | | | | ………………………………………… | | | | | | Firma: | | | | | | | |
| **No plaquetas de Sangre Total** | | | | | | **Análisis adicional**: …..…………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| **Resp. extracción** | | | ………………………………… | | | | Balanza/Máq. nº | | | | | ………………………… | | | | Tiempo | | ………………… |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

**INFORMACIÓN AL DONANTE**

La SANGRE es un tejido que, utilizado para el tratamiento de pacientes, puede salvar muchas vidas. Es muy importante que la donación que va a efectuar no entrañe riesgos para usted, porque no se encuentre en las mejores condiciones para efectuar la donación, ni para el paciente que la va a recibir, porque pueda transmitirle enfermedades. Por ello, teniendo en cuenta que **los análisis realizados no siempre detectan la infección**, **debe autoexcluirse** de la donación de sangre si ha realizado **conductas de riesgo** para la transmisión de enfer­me­dades (ej. uso de drogas intravenosas, mantener relaciones sexuales con múltiples parejas,…), o **si en los últimos 4 meses ha tenido relación sexual, aunque sea con protección, con una persona que pueda haber realizado las citadas conductas de riesgo o que pueda padecer enfermedades transmisibles**.

Pueden donar sangre total o aféresis las personas con una edad entre 18 y 65 años (los mayores de 65 también pueden donar tras una valoración por nuestro personal sanitario) y con un peso no inferior a 50 kg. Después de realizar una donación de sangre total tiene que dejar pasar un mínimo de 2 meses antes de volver a donar. Los hombres pueden donar sangre total un máximo de 4 veces al año y las mujeres 3 veces al año. En el caso de las donaciones de plasma o plaquetas se puede donar con mayor frecuencia.

Antes de la donación le serán realizados los controles sanitarios preceptivos (tensión arterial, pulso, hemoglobina). Tras la donación su sangre será fraccionada en componentes (plaquetas, plasma, etc.), se comprobará su grupo sanguíneo y se realizarán análisis para reducir el riesgo de transmisión de sida, hepatitis y sífilis. Si sus análisis son positivos, su sangre no será transfundida. Adicionalmente, se podrán efectuar análisis para reducir el riesgo de transmisión de malaria, Chagas, HTLV-I/II, Citomegalovirus u otros agentes infecciosos o para detectar la presencia de Hemoglobina S (rasgo drepanocítico). Se le notificarán los resultados que pongan de manifiesto cualquier anomalía importante para su salud o que puedan ser impedimento para seguir donando.

Con motivo de la donación se pueden producir, ocasionalmente, efectos adversos transitorios como por ejemplo un hematoma en el punto de punción venosa, mareos o desmayos. Es conveniente no acudir a donar sangre en ayunas y esperar dos horas tras una comida copiosa.

Es muy importante que nos comunique si usted piensa que su sangre puede no ser completamente segura para ser transfundida a un paciente. **Si tuviera alguna duda sobre la seguridad de la donación** efectuada o si usted sufriera una enfermedad en las 2 semanas siguientes a su donación, **debe comunicarlo** a la mayor brevedad al personal médico del Centro o en el teléfono 900 405060. Le garanti­za­mos la confidencialidad.

#### CUESTIONARIO *Por favor lea atentamente y conteste SÍ o NO a cada pregunta*

1. ¿Ha donado sangre en los últimos 2 meses? ¿Ha donado más de 3 (si mujer) ó 4 veces (si varón) en el último año? \_\_\_\_\_

2. ¿Se encuentra bien de salud? \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido catarro, gripe, fiebre, diarrea o alguna otra infección en los últimos 14 días? \_\_\_\_\_

4. ¿Ha sufrido pérdida de peso injustificada, fiebre injustificada o inflamación ganglionar? \_\_\_\_\_

5.  **¿Toma alguna medicación?** En caso afirmativo indíquela \_\_\_\_\_

6. ¿Ha tomado Aspirina u otro fármaco antiinflamatorio en los últimos 5 días? \_\_\_\_\_

7. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos para tratar la calvicie, el acné, la psoriasis o para problemas de próstata? \_\_\_\_\_

8. ¿Se ha vacunado en las últimas 4 semanas o se ha realizado algún tratamiento dental en la última semana? \_\_\_\_\_

9. ¿Le han diagnosticado en alguna ocasión o ha recibido tratamiento para cualquiera de las siguientes infecciones:   
hepatitis, malaria (paludismo), tuberculosis, brucelosis, toxoplasmosis, sífilis, gonorrea, infección por VIH o HTLV-I/II? \_\_\_\_\_

10. ¿Ha convivido con un enfermo o portador de hepatitis o ha estado expuesto a su contagio en los últimos 4 meses? \_\_\_\_\_

11. ¿Ha padecido alguna vez una enfermedad del sistema nervioso, convulsiones, desmayos o epilepsia? \_\_\_\_\_

12. ¿Padece o ha padecido cáncer, enfermedad de bronquios o pulmón, enfermedad del riñón o diabetes? \_\_\_\_\_

13. ¿Padece alguna enfermedad del aparato digestivo, de la sangre, del sistema inmunológico o del metabolismo? \_\_\_\_\_

14. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad del corazón (infarto, angina de pecho, arritmia,…), o una trombosis? \_\_\_\_\_

15. ¿Ha sido hospitalizado u operado o le han realizado una endoscopia en los últimos 4 meses? \_\_\_\_\_

16. ¿Ha recibido alguna vez una transfusión o un trasplante? En caso afirmativo ¿en qué país y en qué año? \_\_\_\_\_

17. ¿Le han practicado tatuajes, perforaciones corporales *(piercing),* o acupuntura en los últimos 4 meses? \_\_\_\_\_

18. Si es mujer ¿Ha estado embarazada en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_

19. ¿Ha vivido en el extranjero más de 6 meses consecutivos? ¿Ha viajado al extranjero en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

20. ¿Ha recibido tratamiento con hormona de crecimiento o hay en su familia algún caso de Enf. de Creutzfeldt-Jakob? \_\_\_\_\_

21. ¿Va a realizar actividades peligrosas (piloto, c. de autobús, operador de grúa, montañero…) después de donar? \_\_\_\_\_

22. ¿Ha residido en el Reino Unido más de 1 año acumulativo entre los años 1980 a 1996, ambos inclusive? \_\_\_\_\_

23. ¿Han nacido usted o su madre en el extranjero? En caso afirmativo ¿en qué país? \_\_\_\_\_

LOS DATOS DE ESTE CUESTIONARIO TIENEN CARÁCTER CONFIDENCIAL