



ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ / ΑΙΜΟΔΟΤΡΙΑΣ

Αριθμός Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη/τριας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ/ΤΡΙΑΣ (Συμπληρώνεται από τον/την αιμοδότη/αιμοδότρια)

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>		
Πατρώνυμο:	<input type="text"/>	Μητρώνυμο:	<input type="text"/>		
Ημ/νία Γέννησης:	<input type="text"/>	Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άρρεν / <input type="checkbox"/> Θήλυ		
Τόπος Γέννησης:	<input type="text"/> (Χώρα)	Μορφωτικό επίπεδο*:	<input type="text"/> (*Προαιρετικό)		
Διεύθυνση κατοικίας:	<input type="text"/> (οδός)	<input type="text"/> (αριθμός)	<input type="text"/> (Τ.Κ.)	<input type="text"/> (Δήμος)	<input type="text"/> (Περιφέρεια)
Τηλ.:	<input type="text"/>	Κιν.:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
ΑΜΚΑ:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Δεν διαθέτω Ελληνικό ΑΜΚΑ			

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον/την αιμοδότη/αιμοδότρια)

<input type="checkbox"/> Εθελοντικά	
<input type="checkbox"/> Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: <input type="text"/>
	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	
<input type="checkbox"/> Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: <input type="text"/> Πατρώνυμο: <input type="text"/>
	Νοσοκομείο νοσηλείας: <input type="text"/> Κλινική: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ/ΝΤΡΙΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ/ΤΡΙΑΣ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για ασθενή)	

ΠΡΟΣΟΧΗ! – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος έχει έστω και μία ομοφυλοφιλική σχέση από το 1977.
- Όποιος/α έχει κάνει κάποτε ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.
- Όποιος/α είχε πολλούς/ές ερωτικούς/ές συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικών μέσων, κατά την τελευταία δεκαετία.
- Ερωτικοί/ές σύντροφοι πολυμεταγχιζόμενων ατόμων.
- Όποιος/α είχε τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν είτε με χρήματα είτε με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
- Γενικά όποιος/α νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS.

Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον/την ιατρό της Αιμοδοσίας.

ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ/ΑΙΜΟΔΟΤΡΙΑ

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη/τριας επιβεβαιώθηκαν με: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

<input type="checkbox"/> Ταυτότητα Εθελοντή/ντριας Αιμοδότη/τριας	<input type="checkbox"/> Αστυνομική Ταυτότητα	<input type="checkbox"/> Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.	
<input type="checkbox"/> Διαβατήριο	<input type="checkbox"/> Βιβλιάριο Υγείας	<input type="checkbox"/> Άδεια Οδήγησης	
<input type="checkbox"/> Άδεια Παραμονής			
Αριθμός προσκομιζόμενου εγγράφου ταυτοποίησης:	<input type="text"/>	Χώρα έκδοσης προσκομιζόμενου εγγράφου ταυτοποίησης:	<input type="text"/>

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ/ΤΡΙΑΣ (Συμπληρώνεται από τον/την αιμοδότη/αιμοδότρια)

Έχετε δώσει αίμα άλλη φορά;	ΝΑΙ: <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ: <input type="checkbox"/>	Πότε δώσατε τελευταία φορά; <input style="width: 80%;" type="text"/>
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη, παυσίπονα, αντιφλεγμονώδη;
Είχατε ποτέ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση οργάνου, μυελού των οστών, κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;
Ελονοσία/Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένεια σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΚΑΝΑΤΕ:
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;
Προκάρδιους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα/ σωματικά υγρά;
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μέσα στο χρόνο που πέρασε είχατε κάποια εγκυμοσύνη (ή/και αποβολή, διακοπή κύησης);
Παθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάνετε κάποιο επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι, το οποίο θα έθετε σε κίνδυνο εσάς ή άλλους στην περίπτωση που νιώσετε άσχημα μετά την αιμοδοσία;
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε διαμείνει για συνολικό χρονικό διάστημα ίσο ή μεγαλύτερο των 6 μηνών στο Ηνωμένο Βασίλειο την περίοδο από 1/1/1980 έως και 31/12/1996;
Χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Παθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Είχατε ποτέ μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Λήψη φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.
- Βεβαιώνω ότι το αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας για κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.
- Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.
- Δηλώνω ότι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί ο νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2 β και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση, πρόσβαση, αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Ο/Η Αιμοδότης/τρια

(Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ/ΤΡΙΑΣ (Συμπληρώνεται από τον/την ενεργούντα/σα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	mm/Hg	Σφύξεις:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	/min	Θερμοκρασία:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	°C	Βάρος:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Kg
	(συστ.)	(διαστ.)									
Αιματοκρίτης:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	%	Αιμοσφαιρίνη:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	gr/dl	Ύψος:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	m			

Γενική Εντύπωση:

Δότης/τρια: <input type="checkbox"/> Ολικού αίματος / <input type="checkbox"/> Αιμοπεταλίων Ο/Η αιμοδότης/τρια είναι κατάλληλος/η για αιμοδοσία: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ / <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Ο/Η ενεργήσας/σα την επιλογή (Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)
---	---

ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ/ΤΡΙΑΣ (Συμπληρώνεται από τον/την ενεργούντα/σα την επιλογή)

Αιτίες αποκλεισμού
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
Χρονικό διάστημα αποκλεισμού: <input style="width: 80%;" type="text"/>

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον/την ενεργούντα/σα την αιμοληψία)

Τύπος Ασκού:	<input type="checkbox"/> Διπλός <input type="checkbox"/> Παιδιατρικός <input type="checkbox"/> Τριπλός <input type="checkbox"/> Λευκαφαιρεμένος <input type="checkbox"/> Τετραπλός	<input type="checkbox"/> 35 ημερών <input type="checkbox"/> 42 ημερών	Ο/Η ενεργήσας/σα την αιμοληψία (Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		