



**INFORMACIÓN PARA EL DONANTE – AUTOEXCLUSIÓN PREDONACIÓN- ENTREVISTA PREDONACIÓN**

**DATOS PERSONALES DEL DONANTE**

Fecha ...../...../..... ..

BSI	Colecta
-----	---------

Apellidos /Nombres.....

DNI/DU/CI Pasa. N °.....Nacionalidad.....Lugar de Nacimiento.....

Edad..... Fecha Nacimiento.....Ocupación Actual.....

Domicilio Actual .....Piso.....Dto.....Casa.....Localidad.....

C. P.....Teléfono.....Dirección de E-MAIL.....

Es familiar del paciente..... Grado de parentesco.....

**ESTIMADO DONANTE**

Por favor necesitamos que leas atentamente esta información antes de donar sangre. Agradecemos tu colaboración para ayudar a alguien que lo necesita. Para saber si estás en condiciones de donar vamos a realizar una entrevista de carácter confidencial, protegida por el secreto médico.

Como parte del proceso de donación de sangre, tenés que saber acerca de dos conceptos muy importantes que garantizan la seguridad de tu sangre para quien eventualmente va a recibirla.

Estos son el "período de ventana" y el concepto de "situación de riesgo".

Te pedimos que por favor continúes leyendo y si tenés alguna pregunta no dudes en consultar al personal de Hemoterapia.

**¿QUÉ ES EL "PERÍODO DE VENTANA"?**

Es el intervalo de tiempo entre el momento en que adquirís una infección y el momento en que puede ser detectada con pruebas de laboratorio como las que vamos a realizar con tu sangre una vez concluida la donación. Durante este "período de ventana" no tenés síntomas, es decir, te sentís sano y considerás que estás en condiciones de donar sangre, pero el agente infeccioso está presente en tu sangre y si donás será transmitido a la persona que recibirá la transfusión.

Todas las unidades de sangre donadas son analizadas para detectar infecciones por HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, virus HTLV I- II, Sífilis, Chagas y Brucelosis, pero si una persona, dona su sangre estando en el "periodo de ventana" para alguna de ellas, los análisis correspondientes son NEGATIVOS a pesar de haberse infectado. Estas unidades serán entonces aptas para ser transfundidas pero transmiten la infección a los pacientes que reciban los componentes que se obtienen de tu sangre.

**¿QUÉ SON "SITUACIONES DE RIESGO"?**

Las situaciones de riesgo son prácticas específicas que incrementan la posibilidad de contraer una enfermedad o infección determinada. Te pedimos que leas atentamente las siguientes situaciones de riesgo y consideres si pudiste haber estado expuesto a alguna de ellas.

**-En caso de que así sea, NO dones tu sangre**

1. Si hace menos de 6 meses te realizaron un tatuaje, endoscopía, laparoscopía, cirugía.
2. Si en el último año tuviste algún accidente con exposición a sangre o secreciones (pinchazos o contacto con ellas a través de mucosas o heridas)

IF-2018-23419168- -DGHOSP

**-En cuanto a las relaciones sexuales**

1. Si tuviste/tenés en el último año, relaciones sexuales (orales, vaginales, anales) SIN usar preservativo o campo de látex (preservativo femenino), con una persona que desconoce si tiene alguna infección de transmisión sexual.

**-Incluso si usaste preservativo o campo de látex es una situación de riesgo si en el último año:**

2. tu pareja sexual está bajo tratamiento médico por VIH, Hepatitis B/C o HTLV I-II.
3. tuviste relaciones sexuales estando circunstancialmente bajo el efecto del alcohol o cualquier sustancia psicoactiva (drogas)
4. tuviste relaciones sexuales con personas que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente.
5. tuviste relaciones sexuales con personas que cambian frecuentemente de pareja sexual, o tienen parejas múltiples, como en casos de trabajadores sexuales o personas con adicciones que ofrecen sexo a cambio de drogas.
6. tuviste relaciones sexuales con dos o más personas al mismo tiempo.
7. tuviste relaciones sexuales ocasionales o cambias frecuentemente de pareja sexual.

**-NO debes donar**

1. Si tenés o te han informado que tus análisis son positivos para VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Chagas, Brucelosis, Sífilis o el virus HTLV I-II.
2. Si estás bajo tratamiento de hemodiálisis, si recibís regularmente transfusiones de componentes o derivados de la sangre, si estas bajo tratamiento con antirretrovirales.
3. Si usaste/usás drogas inyectables ilegales.

Ahora que sabes cuáles son potenciales situaciones de riesgo solo te pedimos que NO dones sangre si estuviste expuesto a alguna de las situaciones anteriores. Sin especificar cuál de ellas, podrás optar por retirarte sin ningún cuestionamiento. Respetamos tus derechos y la intimidad de tu persona.

Si viniste acompañado y después de leer la información pensás que tu sangre no es segura para que otra persona la reciba pero te sentís obligado/a a donar, para mantener tu privacidad frente a quien te acompaña al final de la donación se te entregará una ficha confidencial y privada donde podrás marcar la opción “no es segura”, sin cuestionamiento ni pregunta alguna el equipo de salud sabrá cómo proceder, comprendiendo la situación.

Hasta aquí, pudiste conocer gran parte de lo que necesitás saber en relación a la seguridad de la donación de sangre. Agradecemos que lo hayas leído con atención. Si deseás continuar con el proceso avisá al profesional de Hemoterapia a cargo. El próximo paso incluye una entrevista personalizada que deberás responder con absoluta sinceridad junto con él.

*Firma y documento del Donante*

**PARA SER UTILIZADO POR EL PROFESIONAL QUE ENTREVISTE**

- ¿Donaste sangre alguna vez? SI  NO
- Lugar y fecha de la última donación: .....
- ¿Tuviste alguna reacción post donación? SI  NO
- ¿Fuiste citado luego de tu donación? SI  NO
- N° de Gestas

NO RELACIONADO			RELACIONADO		
Nuevo (de 1° vez)	Ulteriores		Nuevos (de 1° vez)	Ulteriores	
	Habit.	No Habit.		Habit.	No Habit.

Alguna vez no te aceptaron como donante SI  NO

CAUSA:

IF-2018-23419168- -DGHOSP

ENTREVISTA PERSONAL		SI	NO	EN LOS ÚLTIMOS 6 meses		SI	NO
1	¿Se siente bien y considera que tiene buena salud?						
2	¿Ha leído y comprendido la información pre donación y las situaciones de riesgo?			30	¿Ha presentado episodios de fatiga, sudoración nocturna, fiebre prolongada, ganglios palpables, lesiones en piel o mucosas o pérdida de peso sin motivo aparente?		
<b>TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN</b>				31	¿Se realizó tatuajes, Piercing o acupuntura? (preguntar por agujas y tintas utilizadas)		
3	¿Está bajo tratamiento médico por alguna causa?			32	¿Ha asistido a consulta médica o ha estado hospitalizado? ¿Cual fue la causa?		
4	¿Ha tomado o toma medicación para psoriasis, acné, caída del cabello o próstata?			33	¿Ha sido sometido a cirugía, cirugía laparoscópica y/o endoscopías?		
5	¿Está tomando o ha tomado algún otro medicamento? Cual?			<b>EN EL ÚLTIMO MES</b>			
6	¿Tomó aspirina o analgésicos en los últimos 3 días?			34	¿Ha tenido fiebre, dolor de cabeza y/o malestar general?		
<b>EN EL TRANSCURSO DE SU VIDA, EN ALGUNA OCASIÓN</b>				35	¿Ha recibido alguna vacuna fuera del calendario?		
7	¿Ha padecido alguna enfermedad grave que exigió control médico periódico?			36	¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad infectocontagiosa?		
8	¿Ha tenido hepatitis, o ictericia (color amarillo de la piel y mucosas) o problemas de hígado?			37	¿Ha consultado al odontólogo?		
9	¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?			<b>SI ES MUJER</b>			
10	¿Ha sufrido alguna enfermedad grave de pulmón, cerebro, neurológica, riñón, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones?			38	¿Esta embarazada o en período de lactancia?		
11	¿Ha sufrido episodios repetidos de pérdida de conocimiento, crisis de epilepsia y/o convulsiones?			39	¿Ha tenido un parto, aborto no espontáneo o cesárea?		
12	¿Ha tenido Problemas del corazón o de presión arterial?			<b>ESTANCIAS EN EL EXTRANJERO</b>			
13	¿Tiene diabetes?			40	¿Ha estado durante más de un año (sumados los períodos de permanencia) en el Reino Unido entre 1980 y 1996?		
14	¿Ha tenido algún tipo de cáncer			41	¿Ha vivido o visitado algún otro país? ¿Cuánto tiempo permaneció y cuando regreso?		
15	¿Ha tenido hemorragias o alguna afección de la sangre como anemia, leucemia, etc?			42	¿Ha entendido todas las preguntas que se le han formulado?		
16	¿Se inyectó o se inyecta drogas intravenosas o aspiró regularmente cocaína u otras sustancias?			<b>PRECAUCIÓN EN LAS PRÓXIMAS HORAS</b>			
17	¿Ha recibido hormona de crecimiento de origen humano antes de 1987?			43	¿Debe realizar alguna actividad laboral o deportiva de riesgo? (Ej. Trabajo en altura o conducir vehículo de transporte público)		
18	¿Tiene o ha tenido (Ud. o algún familiar) la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob?(vaca loca)			<b>OBSERVACIONES</b>			
19	¿Ha recibido algún trasplante de órganos o tejidos?						
20	¿Ha tenido alguna vez análisis positivos para VIH-SIDA, Hepatitis B o C, virus HTLV I-II, Chagas, Brucelosis o Sífilis?						
<b>EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS</b>							
21	¿Tuvo Paludismo/Malaria, recibió medicación antipalúdica o visitó zona endémica siendo nativo de esa región?						
<b>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>							
22	¿Estuvo en el último año en áreas endémicas para Paludismo?						
23	¿Recibió tratamiento antirrábico, vacunas experimentales o gammaglobulina?						
24	¿Recibió transfusiones de componentes sanguíneos?						
25	¿Tuvo alguna de las relaciones y/o prácticas sexuales de riesgo incrementado descritas en la información pre donación?						
26	¿Ha mantenido relaciones sexuales no consensuadas?						
27	¿Ha estado detenido por más de 72 horas en instituciones carcelarias o policiales?						
28	¿Convive o convivió con alguien que tenga hepatitis o ictericia?						
29	¿Tuvo contacto con fluidos corporales o con sangre de otras personas a través de piel o mucosas lesionadas?						

ADMITIDO POR H.C. SI  NO   
 CAUSA MÉDICA DEFINITIVA COD. \_\_\_\_\_  
 CAUSA MÉDICA TEMPORARIA COD. \_\_\_\_\_  
 IF-2018-23419168- -DGHOSP  
  
 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL  
 QUE ENTREVISTO

## DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO DEL DONANTE

Hoy he concurrido a donar sangre u otros componentes de la sangre por mi libre y propia voluntad. Estoy en conocimiento que la donación de sangre es un acto solidario y altruista, por lo tanto, no he recibido ningún tipo de remuneración o incentivo. Al hacerlo consiento que se me efectúen las pruebas necesarias para detectar infecciones que se transmiten por sangre y utilizar mi muestra de sangre para investigaciones epidemiológicas y poblacionales que permitan implementar acciones de Salud Pública.

Voluntariamente autorizo que en caso de detección de cualquier hecho que esta institución considere relevante en relación a mi sangre, se me notifique al domicilio que he declarado. Entiendo que si existe riesgo de transmitir enfermedades por mi sangre, se registrará esta situación y no debo donar en ningún establecimiento hasta tanto no exista una nueva evaluación profesional especializada.

He sido informado y he comprendido que durante o después de la donación, eventualmente, puedo sufrir una reacción inesperada y fortuita, como por ejemplo, un hematoma alrededor del sitio de entrada de la aguja, la punción de una arteria o nervio, pérdida temporaria del conocimiento. He leído la información pre donación que se me ha brindado; he tenido la oportunidad de consultar todo lo que he necesitado saber y me han respondido satisfactoriamente con términos comprensibles para mí. Dejo constancia que respondí todas las preguntas con la verdad y con lo mejor de mi conocimiento. Es por ello que considero que estoy en condiciones de donar sangre u otros componentes de la sangre.

Firma del Donante..... N° Documento.....

**SRsD:** Se Retira sin Donar- **MRV:** Mala Red Venosa- **Tubu:** Tubuladura- **Hemato:** Hematoma

### CONTROLES CLINICOS

Hto/Hb:.....TA:.....Pulso:.....Temperatura.....Peso.....Inspección de los

brazos:..... Observaciones:.....

ADMITIDO POR DATOS CLÍNICOS: SI  NO

Firma, aclaración y matricula del Operador.....

### EXTRACCIÓN

Tipo de Bolsa:.....N° de Lote.....N° Tubuladura.....

Anticoagulante:  CFD  CFD-SAG-M Otro:.....Fecha de vencimiento de la Bolsa.....

Brazo Usado: D  I  Dificultad en la Extracción: Si  No   SRsD  MRV  Aguja  Tubu.  bolsa  Hemato.

Tolerancia al Procedimiento: Buena  Regular  Mala  Tipo de Reacción:  Lp1  Lp2  Lp3

Peso de la Bolsa:..... Hora de inicio de la extracción:..... Duración extracción de 7'a 10' / >10'

BOLSA Si  No  Muestras: Si  No

Firma, aclaración y matricula del Operador.....

**Lp1-2-3:** Lipotimia grado 1-2-3

IF-2018-23419168- -DGHOSP

Firma y sello del responsable de Hemodonación

**ANEXO - RESOLUCIÓN N° 2027/MSGC/18 (continuación)**

**G O B I E R N O DE LA C I U D A D DE B U E N O S A I R E S**  
**“2018 – AÑO DE LOS JUEGOS OLÍMPICOS DE LA JUVENTUD”**

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:** IF-2018-23419168- -DGHOSP

Buenos Aires, Lunes 27 de Agosto de 2018

**Referencia:** s/EE-2018-22451596-MGEYA-MSGC. Formularios pre-donación.

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales  
DN: cn=Comunicaciones Oficiales  
Date: 2018.08.27 11:12:28 -03'00'

AUGER SERGIO  
Director General  
D.G. HOSPITALES  
MINISTERIO DE SALUD

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales  
DN: cn=Comunicaciones Oficiales  
Date: 2018.08.27 11:12:29 -03'00'

**FIN DEL ANEXO**