



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημ/νία:

Barcode

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

|  |                |                       |                  |
|--|----------------|-----------------------|------------------|
| Επώνυμο:                               |                | Όνομα:                |                  |
| Πατρώνυμο:                             |                | Μητρώνυμο:            |                  |
| Ημ/νία γέννησης:                       | ____/____/____ | Φύλο:                 | Ο Άρρεν / Ο Θήλυ |
| Τόπος γέννησης<br>(Χώρα – Περιφέρεια): |                | Μορφωτικό<br>επίπεδο: |                  |
| Διεύθυνση (οδός – αρ.):                |                | T.K. - Πόλη:          |                  |
| Τηλ.:                                  |                | Κιν.:                 |                  |
|  |                | Email:                |                  |
| Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:          |                | ΑΜΚΑ:                 |                  |

### Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Εθελοντικά  |  |
| <input type="checkbox"/> | 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών   | Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: .....     |
| <input type="checkbox"/> | 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών   | Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: .....                  |
| <input type="checkbox"/> | 4. Για Ασθενή  | Όνοματεπώνυμο ασθενή: .....<br>Νοσοκομείο νοσηλείας: ..... |
| <input type="checkbox"/> | 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις  | Στρατόπεδο αιμοληψίας: .....                               |
| <input type="checkbox"/> | Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ<br>(δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον) |  |

### ΠΡΟΣΟΧΗ! – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος ή όποια είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
- Όποιος ή όποια είχε πάρει PrEP/Truvada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστοιχα.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex)
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C
- Ερωτικοί, ερωτικές σύντροφοι πολυμεταγχιζόμενοι ατόμων
- Γενικά όποιος ή όποια νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS ή κίνδυνο για άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

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

**ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ**

### Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη επιβεβαιώθηκαν από: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

|                          |                                |                          |                         |                          |                        |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη | <input type="checkbox"/> | 2. Αστυνομική Ταυτότητα | <input type="checkbox"/> | 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α. |
| <input type="checkbox"/> | 4. Διαβατήριο                  | <input type="checkbox"/> | 5. Βιβλιάριο Υγείας     | <input type="checkbox"/> | 6. Άδεια Οδήγησης      |
| <input type="checkbox"/> | 7. Άδεια Παραμονής             |                          |                         |                          |                        |
| Αρ. δημοσίου εγγράφου:   |                                |                          |                         |                          |                        |

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

|                                       |                          |                          |   |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Έχετε δώσει άλλη φορά;                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Πότε δώσατε τελευταία φορά;   | <input type="text"/>     |
|                                       | <b>ΝΑΙ</b>               | <b>ΟΧΙ</b>               |   |                          |
| Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;   | <input type="checkbox"/> |
| Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Λήψη φαρμάκων;  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Είχατε ποτέ;</b>                   |                          |                          | Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;  | <input type="checkbox"/> |
| Ίκτερο ή Ηπατίτιδα                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;  | <input type="checkbox"/> |
| Σύφιλη                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;  | <input type="checkbox"/> |
| Ελονοσία/Φυματίωση                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;   | <input type="checkbox"/> |
| Αναιμία                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Έχετε ακούσει ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών αγελάδων); | <input type="checkbox"/> |
| Έλλειψη G-6PD                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης   | <input type="checkbox"/> |
| Σπασμούς (ως ενήλικας)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>ΚΑΝΑΤΕ:</b>  |                          |
| Λιποθυμίες                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;  | <input type="checkbox"/> |
| Καρδιοπάθεια                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;   | <input type="checkbox"/> |
| Προκάρδιους πόνους                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;   | <input type="checkbox"/> |
| Υπέρταση                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;  | <input type="checkbox"/> |
| Διαβήτη                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;   | <input type="checkbox"/> |
| Ρευματοειδή αρθρίτιδα                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;  | <input type="checkbox"/> |
| Αλλεργία                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;                         | <input type="checkbox"/> |
| Παθήσεις στομάχου                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;  | <input type="checkbox"/> |
| Έλκος                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;  | <input type="checkbox"/> |
| Χειρουργικές επεμβάσεις               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| Παθήσεις των νεφρών                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| Άλλα νοσήματα                         | <input type="checkbox"/> | <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 νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεση 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 2β 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**

## ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστολ):  mm/Hg Σφύξεις:  /min Θερμοκρασία:  °C Βάρος:  Kg  
Αιματοκρίτης:  % Αιμοσφαιρίνη:  gr/dl Ύψος:  m

**Δότης:**  Ολικού αίματος /  Αιμοπεταλίων

**Γενική Εντύπωση:**

Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία:  ΝΑΙ /  ΟΧΙ

**Ο/Η ενεργήσας την επιλογή**

## ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αιτίες αποκλεισμού:

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:

## ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)

Τύπος χρησιμοποιηθέντος ασκού αιμοληψίας:  Διπλός  Τριπλός  Τετραπλός

Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

**Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία**

Παιδιατρικός  
 Λευκαφαιρεμένος