



BLÓÐBANKINN

EBB-41141-012

HEILSUFAR BLÓÐGJAFI

VIÐ ENDURTEKNA BLÓÐGJÖF INNAN TVEGGJA ÁRA

PERSÓNU-
VOTTUN

AFGREIÐSLA

BLÓÐTAKA

Notið prentstafi

Nafn Kennitala

Lögheimili Aðsetur
ef breyting frá síðustu blóðgjöf

Heimasími Vinnusími Farsími
ef breyting frá síðustu blóðgjöf

Netfang Atvinna
ef breyting frá síðustu blóðgjöf

Einhver fylgikvilli við/eftir síðustu blóðgjöf?

Gefið blóð annars staðar en í Blóðbankanum, dags. og staður:

Vinsamlega láttu okkur vita ef þú **veikist** fljótlega eftir blóðgjöfina. Farið verður með allar upplýsingar sem **trúnaðarmál**. Þú getur **hætt við** blóðgjöfina fyrirvaralaust án þess að gefa skýringu.

Ég hef lesið bækling Blóðbankans, "Smitvarnir og blóðgjöf- upplýsingar til blóðgjafa", í dag.

- | | Já | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ert þú við góða heilsu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Notar þú einhver lyf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hefur þú nýlega tekið verkjalyf, bólgueyðandi lyf, náttúruulyf eða önnur lausasölulyf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hefur þú síðastliðinn mánuð: | | |
| a. umgengist fólk með smitandi sjúkdóm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. fengið flensu/kvef/fronsu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. verið hjá tannlækni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hefur þú frá síðustu blóðgjöf/sýnatöku: | | |
| a. verið veik(ur)/í aðgerð/undir eftirliti læknis eða slasast? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. greinst með krabbamein/frumubreytingar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. notað lyfin: isotretinoin (t.d. Decutan, Roaccutan)/etretinate (t.d. Tegison)/acitretin (t.d. Neotigason)/finasteride (t.d. Finol, Propecia, Proscar)/dutasteride (t.d. Avodart, Duodart)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. fengið blóð/fengið vefjaígræðslu (t.d. heila- eða hornhimnu)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. verið bólusett(ur)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. farið til útlanda eða búið erlendis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. grennst/fengið eitlabólgu/niðurgang/hósta/hita? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. verið með ofnæmi (heymæði/útbrot/lyfjaofnæmi)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. farið í: nálastungumeðferð/raf-háreyðingu/húðflúr/götun fyrir skartgrip? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. heyrt um Creutzfeldt- Jakob sjúkdóm í ætt þinni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Konur: Hefur þú frá síðustu blóðgjöf/sýnatöku: | | |
| a. orðið þunguð? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. farið í keiluskurð? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ég borðaði síðast kl.:

Ég hef lesið og skilið upplýsingaefni Blóðbankans, fengið tækifæri til að bera fram spurningar og fengið fullnægjandi svör. Ég samþykki blóðgjöf/sýnatöku í dag og að Blóðbankinn geymi þessa heilsufarsskýrslu ásamt tölvuskráðum niðurstöðum rannsókna. Ég ábyrgist að hafa svarað heilsufarsspurningum samkvæmt bestu vitund og að ég tillheyri ekki neinum tilgreindum áhættuhópi.

Dags.: Undirskrift blóðgjafa:

Húðskoðun: Hjúkr. fr.

Strikamerki: 5690939123801