

Pirmreizējā asins donora karte (izmanto tikai ārkārtējā situācijā)

Vārds, uzvārds	
Dienesta numurs (militārpersonām), ID numurs/personas kods (civilpersonām)	
Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)	
Donora dzimums	☐ Sieviete ☐ Vīrietis
Asins sagatavošanas datums	
Asins sagatavošanas vieta	

Donora aptaujas anketa

1. Vai Jūs šodien jūtaties vesels/-a?	Jā ☐ Nē ☐
2. Vai Jūs lietojāt medikamentus pēdējo 3 mēnešu laikā? <i>(ierakstīt)</i>	Jā ☐ Nē ☐
3. Vai Jums ir medikamentoza vai cita tipa alerģija?	Jā ☐ Nē ☐
4. Vai Jums kādreiz ir pārlietas asinis? <i>(ierakstīt kad un kur)</i>	Jā ☐ Nē ☐
5. Vai Jums ir tendence pastiprināti asiņot?	Jā ☐ Nē ☐
6. Vai Jūs esat lietojis/-usi augšanas hormonus, vai Jums ir pārstādīta radzene, veikta smadzeņu cieto apvalku plastika, dzīvnieku izcelsmes šūnu un/ vai orgānu pārstādīšana? <i>(ierakstīt)</i>	Jā ☐ Nē ☐
7. Vai Jūs esat slimojis/-usi ar ļaundabīgu slimību (t.sk., leikozes)?	Jā ☐ Nē ☐
8. Vai Jums ir bijušas centrālās nervu sistēmas slimības, krampji, galvas traumas, sāpīgas zuduma epizodes? <i>(ierakstīt)</i>	Jā ☐ Nē ☐
9. Vai Jums ir kāda hroniska slimība (sirds-asinsvadu, nieru vai elpošanas sistēmas slimības, gastroenteroloģiskas, uroģenitālas, hematoloģiskas, imunoloģiskas, metaboliskas slimības) cukura diabēts vai citas nopietnas slimības? <i>(ierakstīt)</i>	Jā ☐ Nē ☐
10. Vai Jūs esat slimojis/-usi ar sifilisu, tuberkulozi, hepatītu (dzeltenu kaiti) vai citām infekciju slimībām? <i>(ierakstīt)</i>	Jā ☐ Nē ☐
11. Vai Jūs kādreiz esat lietojis/-usi narkotiskās vai psihotropās vielas?	Jā ☐ Nē ☐
12. Vai Jums kādreiz ir bijušas seksuālas attiecības pret atlīdzību?	Jā ☐ Nē ☐
13. Sievietēm: Vai Jums ir bijusi grūtniecība? <i>(ierakstīt pēdējās grūtniecības gadu)</i>	Jā ☐ Nē ☐
14. Vai Jūs pēdējo 2 nedēļu laikā apmeklējāt zobārstu, zobu higiēnistu, tika izrauts zobs?	Jā ☐ Nē ☐
15. Vai Jums pēdējo 2 mēnešu laikā bija veikta vakcinācija? <i>(ierakstīt)</i>	Jā ☐ Nē ☐
16. Vai Jums pēdējo 4 mēnešu laikā ir bijušas seksuālas attiecības ar personu:	
- kura ir inficēta ar B un/vai C vīrusu hepatītu?	Jā ☐ Nē ☐
- kura lieto narkotiskās vielas intravenozi?	Jā ☐ Nē ☐
- kura sniedz seksuālus pakalpojumus pret atlīdzību?	Jā ☐ Nē ☐
17. Vai Jums pēdējo 4 mēnešu laikā ir bijušas operācijas, fibrogastroskopija, kolonoskopija, tetovēšana, pīrsings, adatu terapija, ausu caurduršana?	Jā ☐ Nē ☐
18. Vai pēdējā gada laikā :	
- Jums ir bijušas seksuālas attiecības ar personu, kura ir inficēta ar HIV?	Jā ☐ Nē ☐
- Jūs esat strauji zaudējis/-usi svaru bez iemesla?	Jā ☐ Nē ☐
- Jums ir bijušas temperatūras paaugstināšanas epizodes bez iemesla?	Jā ☐ Nē ☐

Ar savu parakstu apliecinu, ka visa sniegtā informācija ir patiesa

(vārds, uzvārds, paraksts)

Donora skrīninga izmeklēšanas rezultāti:

Asins grupa

Rh (D) piederība

Ekspress testu rezultāti:

HIV

☐ poz☐ neg

B hepatīts

☐ poz☐ neg

C hepatīts

☐ poz☐ negDONĀCIJA ☐ ATĻAUTA☐ NAV ATĻAUTA

DONĀCIJAS IDENTIFIKĀCIJAS NUMURS

(pēc ISBT 128 standarta vai unikālais numurs ar sekojošu informāciju: numurs pēc kārtas, donācijas vieta, donācijas datums)

Ārstniecības persona

(vārds, uzvārds (spiedogs), paraksts)