



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ/ Η ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημ/νία:

Barcode Μονάδας Αίματος

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ / ΑΙΜΟΔΟΤΡΙΑΣ

Αριθμός Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη/τριας

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

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

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

<input type="checkbox"/> ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ	
<input type="checkbox"/> Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: _____ Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
<input type="checkbox"/> Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	_____
<input type="checkbox"/> Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: _____ Πατρώνυμο: _____ Νοσοκομείο νοσηλείας: _____ Κλινική: _____
<input type="checkbox"/> Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: _____
<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 πολυμεταγγιζόμενων 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:	Χώρα έκδοσης προσκομιζόμενου εγγράφου ταυτοποίησης:	

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;		
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη, παυσίπονα, αντιφλεγμονώδη;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχατε ποτέ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή αδένες διευκολυνόμενους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση οργάνου, μυελού των οστών, κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία/Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KANATE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προκαρδίου πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαβήτης	<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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μέσα στο χρόνο που πέρασε είχατε κάποια εγκυμοσύνη (ή/και αποβολή, διακοπή κύησης);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αλλεργία	<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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις στομάχου	<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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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 type="text"/>	mm/Hg	Σφύξεις:	<input type="text"/>	/min	Θερμοκρασία:	<input type="text"/>	°C	Βάρος:	<input type="text"/>	Kg
	(συστ.)	(διαστ.)									
Αιματοκρίτης:	<input type="text"/>	%	Αιμοσφαιρίνη:	<input type="text"/>	gr/dl	Υψος:	<input type="text"/>	m			

Γενική Εντύπωση:

Δότης/τρια: ☐ Ολικού αίματος / ☐ Αιμοπεταλίων

Ο/Η ενεργήσας/σα την επιλογή

Ο/Η αιμοδότης/τρια είναι κατάλληλος/η για αιμοδοσία: ☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ

(Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)

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

Αιτίες αποκλεισμού

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:

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

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