

Muchas gracias por ser donante

La sangre, una posible vía de transmisión de enfermedades infecciosas

La sangre puede ser **vehículo de transmisión de agentes patógenos** (bacterias, virus y parásitos) responsables de numerosas enfermedades como la hepatitis, el sida, la enfermedad de Chagas y la sífilis.

Para evitar transmisiones, practicamos **análisis** muy sensibles que permiten detectar la presencia de patógenos. Sin embargo, no siempre estos análisis son capaces de detectarlos.

Por ello, **es SUMAMENTE IMPORTANTE que las personas que puedan ser portadoras de estos patógenos NO DONEN SANGRE.**

NO DEBES DONAR SANGRE sí:

- Eres portador del **VIH** o **virus del sida**, o crees que podrías serlo.
- Eres portador de alguno de los **virus de la hepatitis (B o C)** o crees que podrías serlo.
- Te has inyectado **drogas** (heroína, hormonas para aumentar la musculatura, etc.) alguna vez en tu vida, aunque haya sido una sola vez y haya pasado mucho tiempo desde entonces.
- Has aceptado en alguna ocasión dinero, drogas u otro tipo de pago a cambio de mantener **relaciones sexuales**.
- En los últimos 4 meses has mantenido **relaciones sexuales** con: **una o varias parejas ocasionales**, diferentes parejas, alguna persona que cambia **frecuentemente** de pareja, alguna persona que haya se haya podido inyectar **drogas intravenosas**, alguna persona que ejerza o haya ejercido la **prostitución**.
- En el último año has mantenido relaciones sexuales con alguna persona portadora del **virus del sida (VIH)** o del **virus HTLV-I, II**.

La donación de sangre **no es un método adecuado para conocer tu estado de salud ni equivalente a un análisis de sangre**. Si esa es tu intención, será necesario que:

- Consultes con su médico de cabecera.
- Llames al teléfono de información confidencial sobre el sida: **900 212 222**

DONACIÓN DE SANGRE Y BIOBANCO

Consiento que:

1. Se me practique la extracción de sangre para el tratamiento de enfermos.
2. En caso de no poder utilizarse para dicha finalidad, la sangre y/o sus componentes se conserven, de forma anonimizada, en el Biobanco que el Banc de Sang i Teixits (BST) tiene reconocido, para que puedan aplicarse a actividades de investigación biomédica autorizadas que tengan por objeto hacer progresar el conocimiento acerca de la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y/o el tratamiento de enfermedades, así como la mejora de los sistemas de control biomédico.
3. Excepcionalmente, si no se utilizan para los fines anteriores, la sangre y/o sus componentes se destinen a actividades de docencia y/o a la elaboración de elementos de diagnóstico y terapia, por parte del propio BST u otras organizaciones o entidades.

Declaro que:

1. He recibido información complementaria y comprensible referente a:
 - La naturaleza de la sangre y sus componentes, los mecanismos de la donación y los beneficios que de ella se derivan.
 - Los motivos que justifican la necesidad de ser explorado, las causas de exclusión y rechazo de la sangre obtenida y la importancia del consentimiento.
 - La posibilidad de suspender o excluir la donación, en cualquier momento, y de revocar el consentimiento para conservar el producto o aplicarlo a tareas de investigación, en su caso.
 - El compromiso de que se garantizará la trazabilidad de la donación y de que se me comunicará cualquier información obtenida de los análisis, si fuera importante para mi salud.
 - La importancia de informar por mi parte de cualquier enfermedad posterior a la donación que pudiera comprometer el uso de la sangre.
2. He entendido la información y me han sido contestadas satisfactoriamente las preguntas que, en su caso, he planteado.
3. Es cierto y verídico todo cuanto he declarado en el cuestionario que he rellenado.
4. Soy consciente de que la donación de sangre es un acto voluntario y altruista y de que, en consecuencia, no recibiré ninguna compensación económica ni de otro tipo; tampoco en el supuesto de que investigaciones autorizadas con el producto de la donación pudieran generar beneficios.

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Consiento que:

1. El BST pueda utilizar mis datos de carácter personal con la finalidad de comunicarme aquella información que considere de interés sobre la donación de sangre.
2. El BST facilite a las organizaciones dedicadas al envío de correo postal, correo electrónico o mensajes de texto, o a realizar llamadas telefónicas, tan solo mis datos imprescindibles para la finalidad única de informarme o convocarme con motivo de campañas de donación. Dichos terceros se comprometen a respetar la política de BST sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal de los interesados.

Declaro que:

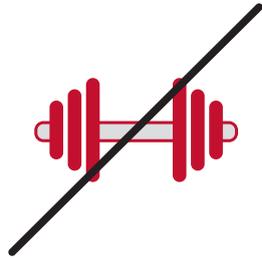
1. Se me ha notificado, según es de obligado cumplimiento, que mis datos de carácter personal serán incorporados, por ser necesario, al fichero del Registro de Donantes de Sangre de Cataluña que gestiona el BST y cuyo titular es la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud, con el fin imprescindible de gestionar adecuadamente el proceso de donación y de aplicación de hemoderivados.
2. Se me ha garantizado que los datos se conservarán confidencialmente, sometidos a medidas de seguridad de alto nivel, sin perjuicio de las excepciones legamente establecidas.
3. Entiendo que, siempre que lo desee, podré dirigirme al responsable del fichero (BST, pg. Taulat, 116, 08005 Barcelona, tel. 93 557 35 00) con el fin de ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos, conforme a los términos normativos aplicables.

Puedes consultar la política de protección de datos en bancsang.net o solicitarla en los espacios de donación.

Después de donar sangre, te recomendamos que:



No te retires la tirita hasta que hayan pasado al menos **2 horas**



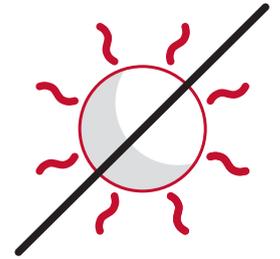
Evites esfuerzos físicos importantes, especialmente con el brazo en el que se ha practicado la punción, durante las **24 horas siguientes**



Si eres fumador o tienes previsto consumir bebidas alcohólicas hoy, no fumes ni bebas alcohol en las **2 horas siguientes**



Bebas mucho líquido durante las **24-48 horas siguientes**



Evites lugares muy calurosos. Son preferibles los espacios ventilados y frescos

También te aconsejamos que:

- Vuelvas a tu actividad normal lo antes posible. Es mejor andar que relajarse sentado en una silla.
- Incorporas elementos salados a tu dieta durante las 24-48 horas siguientes.
- Si al retirar la tirita, el punto de punción sangra ligeramente, presiones esta zona del brazo durante 3-5 minutos.

Si en algún momento tienes sensación de mareo:

- Tiéndete en el suelo y solicita ayuda a las personas que tengas cerca.
- No hagas esfuerzos para mantenerte en pie.
- Una vez que te hayas tendido, pon las piernas en alto para favorecer la circulación.
- Puedes cruzar los tobillos y, en tandas de 5 segundos, contraer y relajar la musculatura de piernas y nalgas.
- El mareo se te pasará en un rato.

Si te vas a someter a un análisis en los próximos días, explícale al médico que has donado sangre para que pueda interpretar correctamente los resultados.

Ayúdanos a prevenir problemas en la transfusión

Si en los días posteriores a la donación tienes fiebre, malestar o un problema grave de salud contacta con el Banco de Sangre.

Si notas molestias o deseas hacernos alguna sugerencia, dirígete a cualquiera de nuestros **centros fijos de donación** o ponte en contacto con el **Servicio de Atención al Donante (93 557 35 66)** o escribiendo a **atencionaldonant@bst.cat**

Para más información:

93 557 35 66
donarsang.gencat.cat

Escribe en mayúsculas

Nombre	
Apellidos	
Fecha nacimiento	DNI
Dirección	
Código postal	
Población	
Teléfono fijo	Móvil
E-mail	
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

Idioma preferido	<input type="checkbox"/> Catalán <input type="checkbox"/> Castellano
------------------	--

Condiciones básicas para la donación
sí no

 ¿Eres mayor de 18 años y pesas 50 kilos o más?

 ¿Te encuentras en un buen estado de salud?

 Si eres mujer, ¿estás embarazada o lo has estado en los últimos 6 meses?
País de nacimiento

Del donante _____

De la madre _____

Fecha del último viaje al país de nacimiento _____

Antes de firmar, cumplimenta el cuestionario al dorso
DONACIÓN DE SANGRE Y BIOBANCO
Consiento que:

- Se me practique la extracción de sangre para el tratamiento de enfermos.
- En caso de no poder utilizarse para dicha finalidad, la sangre y/o sus componentes se conserven, de forma anonimizada, en el Biobanco que el Banc de Sang i Teixits (BST) tiene reconocido, para que puedan aplicarse a actividades de investigación biomédica autorizadas que tengan por objeto hacer progresar el conocimiento acerca de la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y/o el tratamiento de enfermedades, así como la mejora de los sistemas de control biomédico.
- Excepcionalmente, si no se utilizan para los fines anteriores, la sangre y/o sus componentes se destinen a actividades de docencia y/o a la elaboración de elementos de diagnóstico y terapia, por parte del propio BST u otras organizaciones o entidades.

Declaro que:

- He recibido información complementaria y comprensible referente a:
 - La naturaleza de la sangre y sus componentes, los mecanismos de la donación y los beneficios que de ella se derivan.
 - Los motivos que justifican la necesidad de ser explorado, las causas de exclusión y rechazo de la sangre obtenida y la importancia del consentimiento.
 - La posibilidad de suspender o excluir la donación, en cualquier momento, y de revocar el consentimiento para conservar el producto o aplicarlo a tareas de investigación, en su caso.
 - El compromiso de que se garantizará la trazabilidad de la donación y de que se me comunicará cualquier información obtenida de los análisis, si fuera importante para mi salud.
 - La importancia de informar por mi parte de cualquier enfermedad posterior a la donación que pudiera comprometer el uso de la sangre.
- He entendido la información y me han sido contestadas satisfactoriamente las preguntas que, en su caso, he planteado.
- Es cierto y verídico todo cuanto he declarado en el cuestionario que he rellenado.
- Soy consciente de que la donación de sangre es un acto voluntario y altruista y de que, en consecuencia, no recibiré ninguna compensación económica ni de otro tipo; tampoco en el supuesto de que investigaciones autorizadas con el producto de la donación pudieran generar beneficios.

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL
Consiento que:

- El BST pueda utilizar mis datos de carácter personal con la finalidad de comunicarme aquella información que considere de interés sobre la donación de sangre.
- El BST facilite a las organizaciones dedicadas al envío de correo postal, correo electrónico o mensajes de texto, o a realizar llamadas telefónicas, tan solo mis datos imprescindibles para la finalidad única de informarme o convocarme con motivo de campañas de donación. Dichos terceros se comprometen a respetar la política de BST sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal de los interesados.

Declaro que:

- Se me ha notificado, según es de obligado cumplimiento, que mis datos de carácter personal serán incorporados, por ser necesario, al fichero del Registro de Donantes de Sangre de Cataluña que gestiona el BST y cuyo titular es la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud, con el fin imprescindible de gestionar adecuadamente el proceso de donación y de aplicación de hemoderivados.
- Se me ha garantizado que los datos se conservarán confidencialmente, sometidos a medidas de seguridad de alto nivel, sin perjuicio de las excepciones legamente establecidas.
- Entiendo que, siempre que lo desee, podré dirigirme al responsable del fichero (BST, pg. Taulat, 116, 08005 Barcelona, tel. 93 557 35 00) con el fin de ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos, conforme a los términos normativos aplicables.

 Puedes consultar la política de protección de datos en bancsang.net o solicitarla en los espacios de donación.

Nombre y apellidos del donante

Firma

Apartado reservado para el responsable de la entrevista

Número de donante	
Fecha de extracción	
Código colecta	Tipo donación
Peso Hb	TA
Pulso	Tipo bolsa
CIP (Código de la Tarjeta Sanitaria de CatSalut)	
Resp. Enfermería	
Observaciones	

Considero que el donante es:

 NO APTO (se le han explicado los motivos)

 APTO con analítica UNIVERSAL

 CHAGAS Sí No

 MALARIA Sí No

 WNV Sí No

Nombre y apellidos de la persona responsable de la entrevista

Firma

Comprensión del folleto informativo	sí no	En los últimos 12 meses	sí no
¿El Banc de Sang te ha proporcionado información escrita y comprensible sobre la donación de sangre? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has viajado fuera de España? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>(si tienes alguna duda, formula las preguntas que consideres pertinentes a los profesionales que te atenderán)</i>		¿Dónde? _____	
Precaución en las próximas 12 horas		Fecha de regreso _____	
¿Tienes que llevar a cabo alguna actividad laboral o deportiva peligrosa (escafandrismo, escalada...) o conducir un vehículo de transporte público? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En alguna ocasión, en el transcurso de tu vida	
Figurar en lista de espera		¿Has residido fuera de España? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Te encuentras actualmente en lista de espera para una consulta o exploración médica? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Dónde? _____	
Medicación		Duración de la estancia _____	
¿Estás tomando o has tomado algún medicamento en los últimos días? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de regreso _____	
¿Has tomado alguna vez medicación por un problema de próstata o alopecia (Finasteride, Avidart, Duagen, Proscar, Propecia, Finasterida, Eucoprost o Ativol)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has viajado a América? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has tomado alguna vez medicación para el acné (Neotigason, Roacutan, Tigason o Isotrex)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Dónde? _____	
En las últimas 2 semanas		Fecha de regreso _____	
¿Has tenido fiebre acompañada de dolor de cabeza y malestar general? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entre 1980 y 1996, ¿viviste durante más de un año –sumando todos los períodos de permanencia– en el Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia, Irlanda del Norte, Islas del Canal, isla de Man)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has acudido al dentista? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has sido excluido como donante? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En el último mes		¿Has padecido alguna enfermedad grave que haya exigido controles médicos periódicos? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad infecciosa contagiosa? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has padecido hepatitis, ictericia o problemas de hígado? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has viajado fuera de Cataluña? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has padecido alguna enfermedad infecciosa como enfermedad de Chagas, leishmaniosis, mononucleosis infecciosa, tuberculosis, sífilis o gonorrea, entre otras? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Dónde? <i>(Provincia española o país)</i> _____		¿Has padecido o crees que puedes haber padecido malaria? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En los últimos 2 meses		Fecha del fin de los síntomas _____	
¿Has recibido alguna vacuna? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has padecido alguna enfermedad grave de pulmón, cerebro, riñones, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En los últimos 4 meses		¿Has tenido problemas de corazón o de tensión arterial (presión sanguínea)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has efectuado alguna consulta con un médico o has sido hospitalizado? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has padecido episodios repetidos de crisis epilépticas, convulsiones o síncope? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has sido sometido a una endoscopia (colonoscopia, gastroscopia, rectoscopia u otras)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Sufres diabetes tratada con insulina? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has recibido algún tratamiento con acupuntura o te has hecho un piercing con material que no sea desechable? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has padecido algún tipo de cáncer? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Te has hecho un tatuaje? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has sufrido alguna enfermedad o reacción alérgica grave? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has tenido contacto con la sangre de otra persona por un pinchazo accidental o una salpicadura? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has padecido algún problema hemorrágico o alguna enfermedad de la sangre, como anemia o exceso de glóbulos rojos? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has convivido o has mantenido contacto íntimo con una persona afectada de hepatitis o ictericia, o portadora del virus de la hepatitis? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has recibido alguna transfusión de sangre o de factores de coagulación? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has sido sometido a una intervención quirúrgica? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Has recibido hormona del crecimiento de origen humano (antes de 1987)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		¿Has recibido algún órgano o tejido (duramadre, córnea...)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		¿Tú o alguno de tus familiares sufre o ha sufrido encefalopatía espongiforme (la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		¿Has padecido o padeces infección por el virus linfotrópico humano (HTLV-I/II)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>