



HEILSUFAR BLÓÐGJAFI

VIÐ FYRSTU KOMU EÐA EF TVÖ ÁR ERU LIÐIN FRÁ SÍÐUSTU BLÓÐGJÖF

PERSÓNU-
VOTTUN

AFGREIÐSLA

BLÓDTAKA

Notið prentstafi

Nafn Kennitala

Lögheimili Aðsetur

Heimasími Vinnusími Farsími

Netfang Atvinna

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, bólgueyð-
andi lyf, náttúruylf eða önnur lausasölulyf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hefur þú s.l. mánuð: | | |
| a. umgengist fólk með smitandi sjúkdóm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. fengið flensu/kvef/frunsu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. verið hjá tannlækni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hefur þú s.l. 12 mánuði: | | |
| a. verið veik(ur)/i aðgerð/undir eftirliti læknis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. verið bólusett(ur)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. grennst/fengið eitlabólgu/niðurgang/hósta/hita?
d. farið í: nálastungur/raf-háreyðingu/húðflúr/
götun f. skartgrip? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ert þú fædd(ur) erlendis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hefur þú farið til útlanda eða búið erlendis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hefur þú heyrt um Creutzfeldt- Jakob
sjúkdóm í ætt þinni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hefur þér einhvern tíma verið vísað
frá blóðgjöf? Ef já, þá af hverju? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. **Konur:** Hefur þú orðið þunguð s.l. 12 mán.
eða frá síðustu blóðgjöf/sýnatöku?

Þyngd: Hæð:

Ég borðaði síðast kl.:

- | | Já | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. Hefur þú haft: | | |
| a. hjarta- eða æðasjúkdóm/gigtsótt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. verk/þyngsli í brjóstholi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. lungnasjúkdóm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. berkla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. liðagigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. blóðleysi/blóðsjúkdóm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. háan/lágan blóðþrýsting? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. gulu/lifrarsjúkdóm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. veikindi í maga/þörmum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. veikindi í nýrum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. innkirtlasjúkdóm (t.d. í skjaldkirtli)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. sykursýki? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. ofnæmi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. kynsjúkdóm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. taugakerfissjúkdóm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. yfirliðakast/krampa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q. krabbamein/frumubreytingar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Hefur þú slasast?

13. Hefur þú fengið blóð?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 14. Hefur þú fengið: | | |
| a. vaxtarhormón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. vefjaígræðslu (t.d. heila-/hornhimnu)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 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"/> |

15. **Konur:** Hefur þú farið í keiluskurð?

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.