

Izjava o poučenosti in pisna privolitev za odvzem krvi/afereze

MVK, verzija 1.5. 2025



Zavod Republike Slovenije
za transfuzijsko medicino
Blood Transfusion Centre of Slovenia

Ime in priimek (TISKANO) _____, rojen/a _____.

Izjavljam,

- da so mi vsa vprašanja razumljiva in da so moji odgovori resnični in dovoljujem, da se podatki uporabijo, shranijo in obdelujejo v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov;
- da sem prejel/a, prebral/a in razumel/a informacijsko gradivo o dajanju krvi, njenem testiranju, neželenih učinkih dajanja krvi in tveganju, povezanem s postopkom odvzema krvi, kakor tudi o varnosti krvi in tveganju za prenos bolezni s krvjo;
- da sem bil/a seznanjen/a z možnostjo samoizključitve, kar pomeni, da lahko brez pojasnila odstopim od dajanja krvi;
- da sem v primeru zastavljanja vprašanj dobil/a zadovoljiv odgovor medicinskega osebja.

Soglašam,

- da se moja kri ali krvne komponente uporabijo za transfuzijo bolnikom v skladu z veljavno zakonodajo;
- da se z mojo krvjo opravijo potrebni predpisani testi in da se me o morebitnih pozitivnih izsledkih zaupno obvesti;
- da se moji osebni podatki zbirajo, vodijo in uporabljajo izključno za namene krvodajalstva skladno z zakonom.

S podpisom potrjujem, da prostovoljno dajem kri in soglašam z nadaljevanjem postopka odvzema krvi.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

V primeru, da se pri vas pojavijo kakršni koli znaki bolezni ali če podvomite o varnosti vaše krvi po darovanju krvi, vas prosimo, da nas o tem takoj obvestite (tel. (01) 543 81 00, e-naslov: krvodajalec@ztl.si).

Opombe: _____

Vprašalnik pregledal/a: _____

Spoštovana krvodajalka/krvodajalec!

Prosimo vas, da preberete priloženo informacijsko gradivo in nato odgovorite na vprašanja. Zastavljamo vam jih zaradi varovanja vašega zdravja in hkrati zdravja prejemnikov vaše krvi. Zaupnost vaših odgovorov je zagotovljena.

Odgovarjate tako, da označite ustrezen odgovor in navedete podatek.

Prosimo navedite vašo: telesno višino _____ cm in telesno maso _____ kg

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 1. | Ali se danes dobro počutite, ste zdravi? | DA | NE |
| 2. | Ali ste danes že zaužili obrok hrane? | DA | NE |
| 3. | Ali ste že kdaj darovali kri? Kdaj? Kje? _____ | DA | NE |
| 4. | Ali ste kdaj imeli stranske učinke oz. težave zaradi odvzema krvi (npr. v laboratoriju)? | DA | NE |
| 5. | Ali so vas kdaj zavrnil kot krvodajalca? Zakaj? _____ | DA | NE |
| 6. | Ali opravljate nevaren poklic oz. imate nevarne konjičke (potapljač, poklicni voznik, pilot, delo na višini...)? | DA | NE |
| 7. | Ali ste bili v zadnjih 7 dneh oz. ali ste naročeni pri (zobo)zdravniku? | DA | NE |
| 8. | Ali ste imeli v zadnjem mesecu povišano tel. temperaturo, klopa , ste izgubili tel. maso in /ali bili nezmožni za delo (npr. bili v bolniškem staležu)? | DA | NE |
| 9. | Ali ste v zadnjih 5 dneh jemali aspirin oz. druga zdravila proti bolečinam? _____ | DA | NE |
| 10. | Ali ste bili v zadnjih 4 tednih cepljeni? Vrsta cepljenja? _____ Kdaj? _____ | DA | NE |
| 11. | Ali je kdo v vaši družini imel oz. imate degenerativno možgansko bolezen? | DA | NE |
| 12. | Ali ste bivali v Veliki Britaniji ali na Irskem od 1980 do 1996 skupno več kot 12 mesecev in bili tam operirani ali prejeli transfuzijo krvi? | DA | NE |



13.	Ali ste v zadnjih 6 mesecih :		
	• opravili piercing, tetoviranje, ali bili na akupunkturi?	DA	NE
	• se zbodli z rabljeno medicinsko iglo ali prišli v stik s tujo krvjo?	DA	NE
	• bili v stiku z osebo z nalezljivo boleznijo?	DA	NE
	• doživeli poškodbo?	DA	NE
	• bili operirani?	DA	NE
	• opravili endoskopske ali druge medicinske preiskave? (gasto-, kolono-, rekto-, arto-skopija, diag. slikanja-UZ, RTG, CT, MRI)	DA	NE
14.	Ali ste kadarkoli imeli, ali imate kakršno koli bolezen ali zdravstvene težave?		
	• Dobili transfuzijo krvi? Kdaj? _____ Kje? _____	DA	NE
	• Bolezni srca in ožilja (prirojene, angina pectoris, motnje ritma, revmatsko mrzlico ...).	DA	NE
	• Visok ali nizek krvni tlak.	DA	NE
	• Sladkorna bolezen, povišanje maščob v krvi, bolezni ščitnice.	DA	NE
	• Bolezni ledvic in sečil (prostata).	DA	NE
	• Alergije: _____	DA	NE
	• Bolezni dihal, tuberkuloza, astma.	DA	NE
	• Bolezni prebavil, rano na želodcu ali dvanajstniku.	DA	NE
	• Epilepsija in druge bolezni (migrena)/poškodbe živčnega sistema.	DA	NE
	• Rakave bolezni.	DA	NE
	• Luskavica, druge kožne bolezni.	DA	NE
	• Virusna zlatenica, malarija, druge tropske bolezni.	DA	NE
	• Presaditev organov ali tkiv (očesna roženica, možganska ovojnica).	DA	NE
	• Spolno prenosljive bolezni (okužbo s HIV/AIDS, zlatenico, hepatitis B ali hepatitis C, gonorejo, sifilis ...).	DA	NE
	• Drugo: (npr. bolezni krvi, motnje strjevanja ...) _____	DA	NE

15.	Ali ste naročeni oz. se zdravite/obravnavate pri specialistu ? _____	DA	NE
16.	Ali ste jemali oz. jemljete kakšna zdravila? Navedite katera: _____	DA	NE
17.	Ali ste kadarkoli uporabljali oz. si vbrizgavali drogo, steroide, hormone?	DA	NE
18.	Ali ste v družini oz. službi izpostavljeni virusni zlatenici (hepatitisu)?	DA	NE
19.	Ali ste v zadnjih 4 mesecih imeli:		
	• več kot enega spolnega partnerja in analni spolni odnos?	DA	NE
	• novega partnerja in z njim analni spolni odnos?	DA	NE
	• novega spolnega partnerja, ki živi na območju z velikim tveganjem za prenos okužbe, ki se prenaša s krvjo?	DA	NE
	• spolne odnose v zameno za plačilo?	DA	NE
	• spolni odnos z osebo, ki si vbrizgava drogo?	DA	NE
	• spolni odnos z osebo, ki je imela/ima ali se je zdravila/se zdravi za HIV/AIDS, zlatenico- hepatitisom B ali hepatitisom C, gonorejo, sifilisom, druge spolne bolezni?	DA	NE
20.	Ali ste v zadnjih 12 mesecih :		
	• jemali zdravila za preprečevanje okužbe s HIV pred in po izpostavitvi (PrEP in PEP)?	DA	NE
	• pri spolnih odnosih uporabljali rekreativne droge (chemsex)?	DA	NE
21.	Ali ste rojeni/živel izven Slovenije? Kje? Kdaj? _____	DA	NE
22.	Ali ste potovali izven Slovenije v zadnjih 12 mesecih? Kam? _____	DA	NE
Odgovorijo samo osebe ženskega spola:			
23.	Ali ste imeli, ali imate kakršno koli bolezen rodil oz. ginekološke težave?	DA	NE
24.	Ali ste noseči oz. v zadnjih 12 mesecih bili noseči, rodili, dojili oz. imeli splav?	DA	NE
25.	Ali imate danes menstruacijo?	DA	NE

