

ANTES DE DONAR TENGA EN CUENTA

- Tiene que tener entre 18 y 65 años
- Tiene que pesar más de 50 kilos
- El periodo normal de donación es cada 3 meses
- El nº limite de donaciones al año son: 4 veces para el hombre
3 veces para la mujer
- No le conviene donar si en las próximas 24 horas: Va a conducir grandes vehículos, ambulancias
Va a realizar trabajos o deportes peligrosos

CUESTIONARIO DE SALUD

TACHAR LO
QUE
PROCEDA

	SI	NO
Es donante en la actualidad de otra comunidad autónoma (cuándo donó sangre la última vez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta en la actualidad algún tipo de malestar y/o enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está pendiente de algún estudio o Intervención quirúrgica, consulta, o analítica próximamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha acudido al dentista en la última semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado ingresado en un hospital alguna vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han realizado algún implante, perforación o tatuaje en piel o mucosas y/o exploración digestiva (gastroscopia por boca y rectoscopia por el ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha padecido alguna vez anemia o le han puesto algún tratamiento con hierro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene la sensación de que las heridas le tardan en cerrar o en dejar de sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han transfundido alguna vez sangre, plasma o plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha pasado usted o alguien de su entorno algún tipo de hepatitis o está vacunado usted contra ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han detectado alguna vez una alteración de hígado en algún tipo de análisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido alguna enfermedad cardíaca: soplos, arritmias, dolores precordiales, infartos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es usted Hipertens@ en tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padece de alguna enfermedad crónica respiratoria: bronquitis, enfisema, asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha padecido usted o alguien de su entorno alguna vez tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de algún tipo de alergia (pólen, polvo, acaros...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido alguna vez, algún ataque epiléptico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha quedado en coma alguna vez tras un accidente o enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre pérdidas de conocimiento o mareos frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha padecido alguna enfermedad importante de riñón o cólicos de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padece Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí tratamiento = <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> A.D.O. <input type="checkbox"/> Insulina		
Ha tenido alguna alteración de tiroides (hipertiroidismo, hipotiroidismo, bocio...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han diagnosticado alguna úlcera de estómago o de duodeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido algún proceso diarreico que haya necesitado tratamiento o ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está o ha estado usted embarazada en los últimos 9 meses o da lactancia actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido alguna enfermedad ginecológica importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido fiebres altas, brucelosis, fiebre reumática, paludismo o enfermedad de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha residido en el Reino Unido durante el periodo 1980-1996 o hay en Vd. o su familia antecedentes de la enfermedad de Creutzfeld-Jakob o variante de ésta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha residido Vd. o su familia continuada (más de un mes) en Europa oriental, África (norte o subsahariana), Centroamérica, Sudamérica, Asia o Extremo Oriente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sus padres son oriundos o residentes de África (norte o subsahariana), Centro América, Sudamérica, Asia o Extremo Oriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha recibido en alguna ocasión una transfusión de sangre o de algún componente sanguíneo fuera de España	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha viajado al extranjero en los últimos 12 meses (incluida Europa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha recibido alguna vacuna en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han detectado algún tumor que hayan tenido que extirpar o esté en estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han realizado alguna intervención de la neurocirugía (cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tomado algún tipo de vacuna, medicación o droga (natural o sintética)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tomado algún medicamento (incluida la aspirina) en la última semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha seguido alguna vez algún tratamiento con pastillas para el acné, psoriasis, caída de cabello o próstata (dutasterida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han administrado alguna vez una hormona de origen humano (crecimiento, esterilidad...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tiene Vd. pareja estable, Ha tenido relaciones sexuales o prácticas de riesgo con alguien que no sea su pareja, incluido personal de riesgo (prostitución, drogadicción, promiscuidad, etc.) en los últimos meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no tiene Vd. pareja estable Ha tenido relaciones sexuales y/o prácticas de riesgo continuadas con personas de riesgo (prostitución, drogadicción, promiscuidad, etc.) en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha padecido alguna vez una enfermedad venerea (sífilis, gonorrea, herpes genital...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha padecido usted o ha tenido conocimiento de haber estado en contacto con alguien con alguna enfermedad infecciosa (hepatitis, sida, varicela, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha intentado donar sangre alguna vez y no ha podido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cree que su sangre debe ser analizada de una manera especial, por algún motivo concreto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume o ha consumido cualquier tipo de droga por vía oral, nasal o intravenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si no ha entendido alguno de los puntos, el equipo médico está para ayudarle. No dude en consultarle