



Ημ/νία:

Barcode Μονάδας Αίματος

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ / ΤΡΙΑΣ

Αριθμός Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη/τριας / Barcode κάρτας

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

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

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

<input type="checkbox"/> Εθελοντικά	
<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

1. Όποιος/α έχει κάνει κάποτε ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.

2. Όποιος/α έχει κάνει κάποτε ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.

3. Όποιος/α είχε πολλούς/ές ερωτικούς/ές συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικών μέσων, κατά την τελευταία δεκαετία.

4. Ερωτικοί/ές σύντροφοι πολυμεταγχιζόμενων ατόμων.

5. Όποιος/α είχε τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν είτε με χρήματα είτε με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.

6. 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 ιατρό της Αιμοδοσίας.

ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ/ΑΙΜΟΔΟΤΡΙΑ

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη/τριας επιβεβαιώθηκαν από: (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"/> Βιβλιário 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; <input style="width: 100%;" type="text"/>
Αισθάνεστε καλά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Εάν έχετε πυρετό τις επόμενες 2-3 ημέρες τηλεφωνήστε μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Είχατε σοβαρά προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Είχατε ποτέ;			
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε κοιμηθεί τουλάχιστον 5 ώρες απόψε;
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε φάει κάτι;
Ελονοσία / Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε πει υγρά σήμερα;
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Διψάτε;
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τις τελευταίες 5 ημέρες πήρατε ασπιρίνη, αντιφλεγμονώδη;
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος - έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση οργάνου, μυελού των οστών, κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;
Προκάρδιους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt - Jakob (νόσος των τρελών αγελάδων);
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης;
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΚΑΝΑΤΕ:
Ρευματοειδή νόσο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;
Παθήσεις στομάχου, Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;
Αυτοάνοσο νόσημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;
Σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή θελονισμό;
Παθήσεις νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από θελόνα σύριγγας εκτός αιμοληψίας;
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή θλενογόνος του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα/σωματικό υγρό;
Είχατε ποτέ μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	<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;
Λήψη φαρμάκων, παυσίπονα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι το οποίο θα έθετε σε κίνδυνο εσάς ή άλλους στην περίπτωση που νιώσετε άσχημα μετά την αιμοδοσία;
			Μήπως στο χρόνο που πέρασε είχατε κάποια εγκυμοσύνη (ή/και αποβολή, διακοπή κύησης);

• 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
 (Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή)

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ/ΤΡΙΑΣ (Συμπληρώνεται από τον/την ενεργούντα/σα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση: mm/Hg Σφύξεις: /min Θερμοκρασία: °C Βάρος: Kg

(αυστ.) (διαστ.)

Αιματοκρίτης: % Αιμοσφαιρίνη: gr/dl Ύψος: m

Γενική Εντύπωση:

Δότης/τρια: <input type="checkbox"/> Ολικού αίματος / <input type="checkbox"/> Αιμοπεταλίων Ο αιμοδότης/τρια είναι κατάλληλος/η για αιμοδοσία: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ / <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Ο/Η ενεργήσας/σα την επιλογή (Όνοματεπώνυμο - 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 <input type="checkbox"/> Τριπλός <input type="checkbox"/> Λευκαφαιρέμενος <input type="checkbox"/> 42 ημερών <input type="checkbox"/> Τετραπλός	Ο/Η ενεργήσας/σα την αιμοληψία (Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή)
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	