



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημ/νία:

Barcode

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πατρώνυμο:		Μητρώνυμο:	
Ημ/νία γέννησης:	___/___/___	Φύλο:	Ο Άρρεν / Ο Θήλυ
Τόπος γέννησης (Χώρα – Περιφέρεια):		Μορφωτικό επίπεδο:	
Διεύθυνση (οδός – αρ.):		T.K. - Πόλη:	
Τηλ.:		Κιν.:	
		Email:	
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδοτή:		ΑΜΚΑ:	

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

☐ 1. Εθελοντικά	
☐ 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: _____ Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
☐ 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	_____
☐ 4. Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: _____ Νοσοκομείο νοσηλείας: _____
☐ 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: _____
☐ Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον)	

ΠΡΟΣΟΧΗ! – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος/α είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
- Όποιος ή όποια είχε πάρει Prep/Truvada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστοιχα.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex)
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C
- Ερωτικοί, ερωτικές σύντροφοι πολυμεταγγιζόμενων ατόμων
- Γενικά όποιος ή όποια νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS ή κίνδυνο για άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον ιατρό της Αιμοδοσίας.

ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη επιβεβαιώθηκαν από: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

☐ 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	☐ 2. Αστυνομική Ταυτότητα	☐ 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
☐ 4. Διαβατήριο	☐ 5. Βιβλίο Υγείας	☐ 6. Άδεια Οδήγησης
☐ 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημοσίου εγγράφου:		

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Έχετε δώσει αίμα άλλη φορά;	ΝΑΙ: ☐	ΟΧΙ: ☐	Πότε δώσατε τελευταία φορά;	
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	☐	☐	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	☐
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	☐	☐	Λήψη φαρμάκων;	☐
Είχατε ποτέ:	☐	☐	Τις τελευταίες 5 ημέρες έπαιτε ασπιρίνη;	☐
Έκτερο ή Ηπατίτιδα	☐	☐	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδεύσατε στο εξωτερικό;	☐
Σύφιλη	☐	☐	Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή οδόντες διογκωμένους;	☐
Ελονοσία/Φυματίωση	☐	☐	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	☐
Ανοσιμία	☐	☐	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);	☐
Έλλειψη G-6PD	☐	☐	Λήψη εγχυσιμάτων αυξητικής ορμόνης	☐
Σπασμούς (ως ενήλικας)	☐	☐	ΚΑΝΑΤΕ:	☐
Λιποθυμία	☐	☐	Εξομολόγηση ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	☐
Καρδιοπάθεια	☐	☐	Εμβόλιο την τελευταία εβδομάδα;	☐
Προκαρδιακός πόνο	☐	☐	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	☐
Υπέρταση	☐	☐	Μεταγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	☐
Διαβήτης	☐	☐	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμός;	☐
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	☐	☐	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	☐
Αλλεργία	☐	☐	Κάποια πλύση ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	☐
Παθήσεις στομάχου	☐	☐	Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;	☐
Έλκος	☐	☐	Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	☐
Χειρουργικές επεμβάσεις	☐	☐		☐
Παθήσεις των νεφρών	☐	☐		☐
Άλλα νοσήματα	☐	☐		☐

- 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 νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητή 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

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστο):	mm/Hg	Σφύξεις:	/min	Θερμοκρασία:	°C	Βάρος:	Kg
Αιματοκρίτης:	%	Αιμοσφαιρίνη:	gr/dl	Ύψος:	m		

Δότης: ☐ Ολικού αίματος / ☐ Αιμοπεταλίων

Γενική Εντύπωση:

Ο/Η ενεργήσας την επιλογή

Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία: ☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ

ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αιτίες αποκλεισμού:

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)

Τύπος χρησιμοποιηθέντος ασκού αιμοληψίας:	☐ Διπλός ☐ Τριπλός ☐ Τετραπλός	☐ Παιδιατρικός ☐ Λευκαφαιρεμένος	Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ	