



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ Π.Γ.Ν.Θ. "ΑΧΕΠΑ"

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<br>(Χώρα - Περιφέρεια): |                    | Μορφωτικό<br>Επίπεδο: |                  |
| Διεύθυνση (Οδός - Αρ.):                |                    | Τ.Κ. - Πόλη:          |                  |
| Τηλ.:                                  |                    | Κιν.:                 |                  |
| E-Mail:                                |                    |                       |                  |
| Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:          |                    | ΑΜΚΑ:                 |                  |

### ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ: (Συμπληρώνεται από τον Αιμοδότη)

|                                                                                                                                                                     |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Εθελοντικά                                                                                                                              |                                                            |
| <input type="checkbox"/> 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών                                                                                                         | Αρ. Μητρώου Συλλόγου / Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: .....   |
| <input type="checkbox"/> 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών                                                                                                           | Σύλλογος / Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: .....                |
| <input type="checkbox"/> 4. Για Ασθενή                                                                                                                              | Ονοματεπώνυμο Ασθενή: .....<br>Νοσοκομείο Νοσηλείας: ..... |
| <input type="checkbox"/> 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις                                                                                                                    | Στρατόπεδο Αιμοληψίας: .....                               |
| <input type="checkbox"/> Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ<br>(δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον) |                                                            |

### ΠΡΟΣΟΧΗ! - ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος ή όποια είχε πολλαπλούς 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 έχει 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 πολυμεταγγιζόμενοι στόμων.
- 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 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ: (Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία Αιμοδοσίας)

|                                                         |                                                  |                                                 |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη | <input type="checkbox"/> 2. Αστυνομική Ταυτότητα | <input type="checkbox"/> 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α. |
| <input type="checkbox"/> 4. Διαβατήριο                  | <input type="checkbox"/> 5. Βιβλιário Υγείας     | <input type="checkbox"/> 6. Άδεια Οδήγησης      |
| <input type="checkbox"/> 7. Άδεια Παραμονής             |                                                  |                                                 |
| Αρ. Δημοσίου Εγγράφου: .....                            |                                                  |                                                 |

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ:** (Συμπληρώνεται από τον Αιμοδότη)

|                                       |                                                                            |                                                                                                                         |                                                                            |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Έχετε δώσει άλλη φορά;                | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Πότε δώσατε τελευταία φορά;                                                                                             | <input type="text"/>                                                       |
| Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία; | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Μεταδοτικό Νόσημα στο Περιβάλλον σας;                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;  | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Λήψη Φαρμάκων;                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Είχατε ποτέ:                          |                                                                            | Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;                                                                                | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Ίκτερο ή Ηπατίτιδα                    | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;                                                                        | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Σύφιλη                                | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Χάσατε βάρος - έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;                                                                      | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Ελονοσία / Φυματίωση                  | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;                                             | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Αναιμία                               | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Έχετε ακούσει ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt - Jakob (νόσος τρελών αγελάδων); | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Έληψη G-6PD                           | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης;                                                                                    | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Σπασμούς (ως ενήλικας)                | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | <b>ΚΑΝΕΤΕ:</b>                                                                                                          |                                                                            |
| Λιποθυμίες                            | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;                                                                      | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Καρδιοπάθεια                          | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;                                                                                         | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Προκαρδιους πόνους                    | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Εγχείρηση ή Ιατρικές Εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Υπέρταση                              | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;                                                              | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Διαβήτης                              | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμός;                                                                                  | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Ρευματοειδή Αρθρίτιδα                 | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;                                                                                        | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Αλλεργία                              | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Κάποια πηληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;                        | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Παθήσεις Στομάχου                     | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Έληκος                                | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> | Κάνετε Επικίνδυνο Επάγγελμα ή Χόμπι;                                                                                    | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |
| Χειρουργικές Επεμβάσεις               | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |                                                                                                                         |                                                                            |
| Παθήσεις των Νεφρών                   | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |                                                                                                                         |                                                                            |
| Άλλα Νοσήματα                         | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |                                                                                                                         |                                                                            |

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλω 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 ρητά με το παρόν τη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλήν και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2β 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 δομολογίας 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 ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ**
**ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ** (Συμπληρώνεται από τον Ενεργούντα την Επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστ.):  mm/Hg Σφύξεις:  /min Θερμοκρασία:  °C Βάρος:  kg

Αιματοκρίτης:  % Αιμοσφαιρίνη:  gr/dl Ύψος:  m

Δότης: ☐ Οδίκου αίματος / ☐ Αιμοπεταλίων

Γενική Εντύπωση:

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

**Ο/Η ΕΝΕΡΓΗΣΑΣ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ**
**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: | <input type="checkbox"/> Διηθός<br><input type="checkbox"/> Τριηθός<br><input type="checkbox"/> Τετραηθός | <input type="checkbox"/> Παιδιατρικός<br><input type="checkbox"/> Λευκαφαιρεμένος |
| Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:                 | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b>                                |                                                                                   |

**Ο/Η ΕΝΕΡΓΗΣΑΣ ΤΗΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ**

# ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΜΟΔΟΤΗ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: .....

- Είστε απόλυτα καλά στην υγεία σας σήμερα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- Είχατε κανένα σύμπτωμα τις τελευταίες 2 εβδομάδες; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- Πόσες ώρες κοιμηθήκατε τη νύχτα που πέρασε; ..... ώρες
- Μήπως καταναλώσατε αλκοόλ το τελευταίο 24ώρο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν είναι πρωί:

- Πήρατε πρωινό; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Τι ώρα; .....
- Πόσα υγρά ήπιατε σήμερα; .....

Αν είναι απόγευμα:

- Φάγατε για μεσημέρι; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Τι ώρα; .....
- Πόσα υγρά ήπιατε μετά το γεύμα; .....

ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ;

|                     | ΝΑΙ | ΟΧΙ |                              | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|---------------------|-----|-----|------------------------------|-----|-----|
| Μετάγγιση Αίματος   |     |     | Έκζεμα - Άσθμα               |     |     |
| Μεληταίο Πυρετό     |     |     | Αφροδίσιο Νόσημα             |     |     |
| Επιληψία            |     |     | Αυτοάνοσα Νοσήματα           |     |     |
| Ορθοστατική Υπόταση |     |     | Λευχαιμία, Λέμφωμα ή Καρκίνο |     |     |

- Είχατε ποτέ ανεπιθύμητο σύμβαμα μετά από αιμοδοσία; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

**ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ:**

Πόσες εγκυμοσύνες είχατε; ..... Μήπως είχατε τοκετό ή αποβολή τον τελευταίο χρόνο; .....  
Μήπως είστε τώρα έγκυος; ..... Μήπως έχετε τώρα έμμηνο ρύση; .....

Περιοχή Κατοικίας: ..... Περιοχή Εργασίας: .....

Περιοχές στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό όπου διανυκτερεύσατε (έστω και μία μόνο φορά) το τελευταίο εξάμηνο:

|                                                 |                                         |                                         |                  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| <del>Νοσηλεύσατε από νοσηλεία Covid-19;</del>   | <del>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></del> | <del>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></del> | <del>Πότε;</del> |
| <del>Εμβολιασθήκατε για τη νόσο Covid-19;</del> | <del>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></del> | <del>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></del> | <del>Πότε;</del> |

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

X X X X X X X