

問 診 票

ID 11

以下の質問は、献血される方と輸血を受けられる方の安全を守るためにうかがうものです。
表現上、不快の念を抱かれる部分があるかもしれませんが、「責任ある献血」のために、何卒ご理解のほどよろしくお願いいたします。
エイズ検査目的の献血は、血液を必要とする患者さんの安全のためにお断りします。（注意）法令の規定により、記入された問診票及び献血申込書（診療録）の返却・廃棄はできません。

質 問 事 項		質 問 事 項	
1	今日の体調は良好ですか。	はい・いいえ ☐ ☐	
2	3日以内に出血を伴う歯科治療（抜歯、歯石除去等）を受けましたか。	はい・いいえ ☐ ☐	14 海外から帰国（入国）して4週間以内ですか。
3	3日以内に薬を飲んだり、注射を受けましたか。	はい・いいえ ☐ ☐	15 (国名) 1年以内に外国（ヨーロッパ・米国・カナダ以外）に滞在しましたか。
4	次の育毛薬／前立腺肥大症治療薬を使用したことがありますか。 プロペシア・プロスカール等（1ヵ月以内）、アボダート・アボルブ等（6ヵ月以内）	はい・いいえ ☐ ☐	16 (国名) 4年以内に外国（ヨーロッパ・米国・カナダ以外）に1年以上滞在しましたか。
5	次の薬を使用したことがありますか。 乾せん治療薬（チガゾン）、ヒト由来ブラセンタ注射薬（ラエンネック・メルスモン）	はい・いいえ ☐ ☐	17 英国に1980年（昭和55年）～1996年（平成8年）の間に 通算1ヵ月以上滞在しましたか。
6	24時間以内にインフルエンザの予防接種を受けましたか。	はい・いいえ ☐ ☐	ヨーロッパ（英国も含む）・サウジアラビアに1980年以降、 通算6ヵ月以上滞在しましたか。
7	1年以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか。	はい・いいえ ☐ ☐	(国名)
8	次の病気や症状がありましたか。 3週間以内－はしか、風疹、おたふくかぜ、帯状疱疹、水ぼうそう 1ヵ月以内－発熱を伴う下痢 6ヵ月以内－伝染性単核球症、リンゴ病（伝染性紅斑）	はい・いいえ ☐ ☐	19 エイズ感染が不安で、エイズ検査を受けるための献血ですか。
9	1ヵ月以内に肝炎やリンゴ病（伝染性紅斑）になった人が家族や 職場・学校等にいますか。	はい・いいえ ☐ ☐	6ヵ月以内に次のいずれかに該当することがありましたか。 ①不特定の異性または新たな異性との性的接触があった。 ②男性どうしの性的接触があった。 ③麻薬、覚せい剤を使用した。 ④エイズ検査（HIV検査）の結果が陽性だった（6ヵ月以前も含む）。 ⑤上記①～④に該当する人との性的接触をもった。
10	6ヵ月以内に次のいずれかに該当することがありましたか。 ①ピアス、またはいれずみ（刺青）をした。 ②使用後の注射針を誤って自分に刺した。 ③肝炎ウイルスの持続感染者（キャリア）と性的接触等親密な接触があった。	はい・いいえ ☐ ☐	21 今までに輸血（自己血を除く）や臓器の移植を受けたことがありますか。
11	1年以内に次の病気等にかかったか、あるいは現在治療中ですか。 外傷、手術、肝臓病、腎臓病、糖尿病、結核、性病、ぜんそく、アレルギ－疾患、 その他（ ）	はい・いいえ ☐ ☐	22 今までに次のいずれかに該当することがありますか。 ①クロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）または類縁疾患と診断された。 ②血縁者にCJDまたは類縁疾患と診断された人がいる。 ③ヒト由来成長ホルモンの注射を受けた。 ④角膜移植を受けた。 ⑤硬膜移植を伴う脳神経外科手術を受けた。
12	今までに次の病気にかかったか、あるいは現在治療中ですか。 B型肝炎、がん（悪性腫瘍）、血液疾患、心臓病、脳卒中、てんかん	はい・いいえ ☐ ☐	23 現在妊娠中または授乳中ですか。（男性の方は「はい」と回答してください） 6ヵ月以内に出産、流産をしましたか。
13	今までに次の病気にかかったことがありますか。 C型肝炎、梅毒、マラリア、バベシア症、シャーガス病、 リーシュマニア症、アフリカトリパノソーマ症	はい・いいえ ☐ ☐	私は以上の質問を理解し、正しく答えました。

（注意）1. 献血される方は、「はい・いいえ」欄の該当する方に ■ または □ 印をご記入願います。

2. それ以外の欄には、問診を行う者が、必要事項を記入いたします。

「献血の同意説明書」の内容について理解し、献血に同意しますか。

署 名

SNBTS の採血前問診票（2015 年 6 月版）SIDE A

質問にお答え頂く前に、以下の注意事項をお読み下さい

血液の安全は、あなたにかかっています。あなたの健康のためにも、あなたの献血が役立てられる患者のためにも、ここに示された質問に対して、誠実に回答頂くことが求められます。

以下の質問に対して、献血の都度、よく考えて回答して下さい。以前に献血されたことがあっても、あなたの健康状態や質問内容が変わっていることがあるからです。

あなたの体重が 50kg 未満の場合は、スタッフにお知らせ下さい。

献血血液による輸血の安全確保のために

検査目的での献血は、絶対にしないで下さい。もしすれば、あなたが他人を感染の危険にさらすことになります。

あなたの血液が採血後に使われたか否かにかかわらず、思い当たる点があれば、いつでもお知らせください。

採血手続中でも、一切理由を説明せずに採血を中止することに、全く問題ありません。

SNBTS は、NHS スコットランドの一事業部門です。

SIDE A：健康状態のメディカルチェック - 秘密厳守、献血者が全項目をチェック

全ての方にお訊ねします	はい	いいえ	スタッフ
1. 体調は万全ですか？			
2. 過去 7 日間に、医師、歯科医師あるいはその他専門医の診察を受けたことがあるか、これから診察を受ける予定がありますか？			
3. 今まで献血をしてはならないと言われたことがありますか？			
4. 医師から処方されたクスリ、錠剤、その他治療薬を服用していますか？（更年期症状のためのホルモン充填療法またはピル等避妊薬を除きます）			
5. 過去 7 日間に、その他のクスリや錠剤を服用しましたか？（あなたご自身が購入されたものを含みます）			
6. 今まで輸血を受けたことがありますか？ はい の場合、どこで、いつ受けましたか？.....			
7. 専門家による美容皮膚施術を受けたことがありますか？			
8. 完治していない傷、または皮膚の損傷がありますか？			
9. 今から 24 時間以内に、お仕事のうえで緊急車両、大型車、バス、旅客鉄道の運転、または地下や高所での危険を伴う作業をされる予定はありますか？			
10. 危険を伴う趣味をお持ちですか？（例：潜水、グライダー、モーターレース）			
11. あなたのお仕事は何ですか？.....			
12. あなたの家族に CJD（クロイツフェルト・ヤコブ病）の方はいますか？			
13. 過去 2 週間に、病気（下痢を含む）や感染症、発熱に罹った、または、今これら何れかに罹っていると思いますか？			
14. 過去 4 週間に、あなたの知る限り、感染症に罹っている人と接触したことがありますか？			

15. 過去 8 週間に、予防接種またはワクチン投与を受けましたか？				
16. あなたの出生地は UK の外ですか？ はい、の場合、どこですか？.....				
全ての方にお訊ねします 過去 12 か月間に、あなたは				
17. 肝炎または HIV の感染リスクを伴うケガをしたことがありますか？（針刺しや皮膚の損傷などで、ウイルスが体内に入ったおそれはありますか？）				
18. 鍼治療、耳のピアシング、顔や身体へのピアシング、タトゥーの何れか、あるいは肌のピアシングにあたっての美容措置を行いましたか？				
全ての方にお訊ねします あなたの海外滞在経験について				
UK の外に通算 6 か月以上滞在したことがありますか？				
19. はい、の場合、どこで、いつのことですか？..... はい、の場合、それ以降今まで UK の外にいましたか？				
20. 旅行先で、マラリアまたは原因不明の発熱症状に罹ったことがありますか？				
21. 中央アメリカ、南アメリカ、メキシコ南部の何れかに、通算 4 週間以上滞在したことはありますか？				
22. 過去 12 か月間に、UK の外に（出張も含め）行ったことがありますか？ はい、の場合、どこに、いつですか？.....				
女性の方にお訊ねします	はい	いいえ	スタッフ	
23. 妊娠していますか？または、過去 9 か月間に妊娠していましたか？				
過去 2 年間に献血された方にお訊ねします 最後の献血から今まで、				
24. 心臓について、重い病気や、医師の診断を受けたことがありますか？	はい	いいえ	スタッフ	
25. 手術、骨や皮膚の移植、その他医療上の診断または検査を受けたことがありますか？				
26. 黄痘または肝炎に罹ったことがありますか？				
過去 2 年間に献血をされたことがない方にお訊ねします				
27. 心臓について、重い病気や、医師の診断を受けたことがありますか？	はい	いいえ	スタッフ	
28. アレルギー症状、大量の出血または皮下出血の傾向、失神、めまい、金縛りなどの症状がありますか？				
29. 手術、骨や皮膚の移植、その他医療上の検査等を受けたことがありますか？				
30. 1985 年以前に成長ホルモン療法を受けたことがありますか？				
31. 1992 年 8 月以前に脊椎の腫瘍の手術または嚢胞の除去を行いましたか？				
32. あなたのお母さんは中央アメリカまたは南アメリカあるいは南メキシコで生まれましたか？				
33. 黄痘または肝炎に罹ったことがありますか？				
34. （女性のみ）不妊治療を受けたことがありますか？				
全ての方にお訊ねします あなたのライフスタイルについて				
35. あなたは HIV または HTLV 陽性ですか？あるいは、HIV または HTLV 陽性かもしれないと思いますか？	はい	いいえ	不明	スタッフ
36. B 型肝炎または C 型肝炎に罹ったことがありますか？または、肝炎に罹っているかもしれないと思いますか？				
37. 違法なまたは医師の処方によらないクスリを、ご自身または他人によって注射したことがありますか？ 筋肉増強用または日焼け肌用の注射を含みます				
38. お金またはクスリをセックスの対価として受け取ったことがありますか？				
過去 12 か月間に、あなたはセックスを				

39. HIV または HTLV の陽性者となりましたか？	☐	☐	☐	☐
40. B 型肝炎または C 型肝炎の人となりましたか？	☐	☐	☐	☐
41. セックスの対価としてお金またはクスリを受け取ったことのある人となりましたか？	☐	☐	☐	☐
42. 薬物注射をしたことのある人となりましたか？	☐	☐	☐	☐
43. AIDS や HIV が蔓延している外国でセックスしたと思われる人となりましたか？ アフリカのほとんどの国が含まれますが、例外もあるためお訊ね下さい	☐	☐	☐	☐
44. 梅毒その他の性感染症に罹った人となりましたか？	☐	☐	☐	☐
全ての方にお訊ねします あなたのライフスタイルについて	☐	☐	☐	☐
45. 男性の方にお訊ねします。過去 12 か月間に、コンドームの使用有無にかかわらず、男性とオーラルセックスまたはアナルセックスをしましたか？	☐	☐	☐	☐
46. 女性の方にお訊ねします。過去 12 か月間に、コンドームの使用有無にかかわらず、他の男性とオーラルセックスまたはアナルセックスをした男性とセックスしましたか？	☐	☐	☐	☐
秘密厳守で看護師にご相談になりたいですか？	はい ☐			

メモ欄：

(SNBTS (2015)) Donor Health Check, © Scottish National Blood Transfusion Service)

SNBTS の採血前問診票 (2015 年 6 月版) SIDE B



SIDE B : 供血者問診票 — 秘密厳守
 本面は、問診時にチェックのうえ完記のこと



氏名
住所

郵便番号
E メール

生年月日

自宅電話番号
職場電話番号
携帯電話番号

登録番号

登録採血施設

献血回数
及び受賞状況

血液型

日付:

採血施設:

初回供血者 /

SNBTS では初めての方

今まで献血したことがありますか?

はい/いいえ

はい、の場合、どこで、いつですか?

採血施設名.....

供血者の自己申告

1. 本日、私は献血者向けリーフレット及び注意事項を読み、理解し、最新の問診票のチェック事項に回答しました。私には、私が納得するまで質問する機会が与えられました。
2. 私は、知識が及ぶ限りの情報について正確に申告し、献血者向けリーフレットに列挙された感染リスクの何れも有しないことを確約します。
3. 私は、私の血液が HIV その他献血者向けリーフレットに列挙された事項について検査されることに同意します。私は、私の血液に何らかの陽性が検出された場合は私に通知され、助言を受けることを理解しています。
4. 私は、私の血液について血液型が判定され、検体が採取されたうえで保存されることに同意します。
5. 私は、献血者向けリーフレットに説明されている、採血手続において発生し得るリスクについて理解しています。
6. 私は、献血者向けリーフレットに説明されているとおり、私の健康状態や献血実施状況等を含めた情報を SNBTS が有することに同意します。
7. 私は、献血により SNBTS に提供した血液が、患者の治療のために使用されることに同意します。献血者向けリーフレットに説明されているとおり、私の血液は患者に直接または間接的に輸血され得ます。

読んだうえで、問診時に署名して下さい

署名.....

NATF 155 09 June 2015

Female <20	H	W
AED Code		
Requires E/U ☐ Yes ☐ No		
Notes		
Initials		Date
eProgesa update		Date

Last Att & Status				Interview		Accept/ Defer Code		Recall Date		Donation No.			
Reg/H.S.	Hb Pass/Fail	2nd Hb P/F	Issue	Scale/Machine	Label 1	Label 2	Conclude	Volume					
	Hemocue	Hemocue VS			V.P.	V.P.start	V.P.Stop	Seal/Check					
Sample Donation	NSFP	MAT required	Discard	Donation Hold	Hep.B Core Test	WNV Test	Other	Linked by					
Gender	WB Serum	Platelet/Leuco	CMV	RC/OAS	18060	FFP	Cryo	Apheresis					
Venue: Serology: Date:				Collection Comments:									
Registration Number:				Donation No.									

NATF 155 09 June 2015

(SNBTS (2015)) Donor Health Check, © Scottish National Blood Transfusion Service)

**PLEASE READ THIS
IMPORTANT INFORMATION
BEFORE COMPLETING THE
HEALTH CHECK**

Blood Safety starts with you. By answering our questions accurately, you'll be helping to ensure that we'll not harm you by taking your blood, nor harm anyone else by giving your blood to them.

Each time you give blood, please read each question very carefully. Your health or our questions could have changed since your last visit.

If you weigh less than 50kg, please let staff know.

**HELP US KEEP BLOOD
TRANSFUSION SAFE**

Never give blood just to get a test. If you do, you risk infecting other people.

If at any time after you have given blood you have doubts about whether your donation should be used, please let us know.

It is quite alright to leave the session without giving blood and with no questions asked.

The Scottish National Blood Transfusion Service (SNBTS) is a Division of NHS National Services Scotland.

SIDE A: HEALTH CHECK MEDICAL – IN CONFIDENCE. TO BE COMPLETED BY DONOR

ALL DONORS		Yes	No	Staff
1.	Are you fit & well?			
2.	Have you seen a doctor, dentist or any other healthcare professional in the last 7 days or are you waiting to see one?			
3.	Have you been told you should never give blood?			
4.	Are you taking any medicines, tablets or other treatment prescribed by a doctor? (except HRT for the menopause, the pill or other birth control)			
5.	Have you taken any other medicines or tablets in the last 7 days? (This includes any you have bought).			
6.	Have you ever received blood?			
7.	If Yes - where and when?			
8.	Have you ever been treated by a skin specialist?			
9.	Do you have any unhealed wounds or broken skin?			
10.	Do you work for the emergency services; drive an HGV, bus or train; or will you be working at dangerous depths or heights in the next 24 hours?			
11.	Do you take part in any dangerous hobbies? (e.g. diving, flying or motor racing)			
12.	What is your job?			
13.	Has anyone in your family had CJD (Creutzfeldt-Jakob Disease)?			
14.	Have you had an illness (including diarrhoea), an infection or fever in the last 2 weeks or do you think you have one now?			
15.	Have you been in contact with anyone with an infectious disease in the last 4 weeks to the best of your knowledge?			
16.	Have you had any immunisations, vaccinations or jabs in the last 8 weeks?			
17.	Were you born outside the UK?			
18.	If Yes - Where?			
ALL DONORS - IN THE LAST 12 MONTHS HAVE YOU:				
19.	Had an injury which could have put you at risk of hepatitis or HIV? (Could the virus have entered your body through a needle prick or broken skin?)			
20.	Had acupuncture, ear piercing, any piercing to your face or body, had a tattoo, or cosmetic treatment that involved piercing your skin?			
ALL DONORS - YOUR TRAVEL HISTORY				
21.	Have you ever stayed outside the UK for a continuous period of six months or more?			
22.	If Yes - where & when?			
23.	If Yes - have you been outside the UK since then?			
24.	Have you ever had malaria or an unexplained fever which you could have picked up while travelling?			
25.	Have you ever visited Central America, South America or Southern Mexico for a continuous period of 4 weeks or more?			
26.	Have you been outside the UK (including business) in the last 12 months?			
27.	If Yes - where & when?			
WOMEN ONLY				
28.	Are you pregnant, or have you been pregnant in the last 9 months?			

DONORS WHO HAVE GIVEN IN THE LAST 2 YEARS - SINCE YOU LAST GAVE BLOOD HAVE YOU:		Yes	No	Staff
29.	Had a serious illness or seen a doctor about your heart?			
30.	Had an operation, a bone, tissue or skin graft, or had any medical investigations or tests (including endoscopy)?			
31.	Had jaundice or hepatitis?			

FIRST TIME AND DONORS WHO HAVE NOT GIVEN FOR 2 YEARS		Yes	No	Staff
32.	Have you ever had a serious illness or seen a doctor about your heart?			
33.	Do you have any allergies, do you bleed or bruise a lot, or are you prone to fainting or dizzy spells?			
34.	Have you ever had an operation, a bone, tissue or skin graft, any medical investigations or tests (including endoscopy)?			
35.	Were you treated with growth hormone before 1985?			
36.	Did you have brain surgery or an operation for a tumour or cyst on your spine before August 1992?			
37.	Were you or your mother born in Central America, South America or Southern Mexico?			
38.	Have you ever had jaundice or hepatitis?			
39.	(WOMEN ONLY) Have you received treatment for fertility?			

ALL DONORS - YOUR LIFESTYLE		Yes	No	Staff
40.	Are you HIV or HTLV positive, or do you think you may be HIV or HTLV positive?			
41.	Have you ever had hepatitis B or hepatitis C or do you think you may have hepatitis now?			
42.	Have you ever injected, or been injected, with illegal or non-prescribed drugs? This includes bodybuilding drugs and injectable tanning agents.			
43.	Have you ever been given money or drugs for sex?			
44.	Have you had sex in the last 12 months with:			
45.	anyone who is HIV or HTLV positive;			
46.	anyone who has hepatitis B or C;			
47.	anyone who has ever been given money or drugs for sex;			
48.	anyone who has ever injected drugs;			
49.	anyone who may ever have had sex in parts of the world where AIDS/HIV is very common. This includes most countries in Africa. There are exceptions so please ask.			
50.	anyone who has syphilis or any other sexually transmitted disease.			

ALL DONORS - YOUR LIFESTYLE		Yes	No	Staff
51.	To be answered by men only. In the last 12 months have you had oral or anal sex with another man, with or without a condom or other form of protection?			
52.	To be answered by women only. In the last 12 months have you had sex with a man who has ever had oral or anal sex with another man with or without a condom or other form of protection?			
Do you wish to speak in confidence to a nurse? Yes ☐ No ☐				

Notes:



SIDE B: Session Donor Health Check. Medical - in confidence

Check and complete this side at session



Name and Title:
(in full)
Address

Postcode

E-mail

Date of Birth

Tel. No. Home

Tel. No. Work

Tel. No. Mobile

Registration No

Linked Venues

Total donations
& Badge Award

Blood
Group

Date:

Venue:

For new donors /
donors new to SNBTS

Have you given blood before? Yes / No

If Yes – when / when?

what name

DONOR DECLARATION

1. I have today read and understood the Donor Information Leaflet, the information overleaf, and the current Health Check Questionnaire which I have completed. I have been given the opportunity to ask questions and they have been answered to my satisfaction.
2. I affirm that, to the best of my knowledge, all the information I have given is correct, and I am not at risk of any of the infections listed in the Donor Information Leaflet.
3. I agree that my blood will be tested for HIV and other conditions listed in the Donor Information Leaflet. I understand that if my blood gives a positive result for any of these tests, I will be informed, and given further advice.
4. I agree to my blood being blood-typed, and a small sample of it being stored.
5. I understand the nature of the donation process and the possible risks involved as explained in the Donor Information Leaflet.
6. I agree to SNBTS holding information about me, my health, my attendances and my donations and using it for the purposes explained in the Donor Information Leaflet.
7. I agree to donate, and thereby give my blood to SNBTS, to be used for the benefit of patients. This may be by direct transfusion to a patient, or indirectly as explained in the Donor Information Leaflet.

Read and sign at session

Signature

NATF 155 09 June 2015

Female <20 H W

AED Code	
Requires E/U	☐ Yes ☐ No
Notes	
	Initials Date
eProgesa update	Initials Date

Last Att & Status:				Interview	Accept / Defer Code	Recall Date	Donation No.		
Reg/H.S.	Hb Pass/Fail	2nd Hb P/F	Issue	Scale/Machine	Label 1	Label 2	Conclude	Volume	
	Hemocue	Hemocue VS			V.P.	V.P. start	V.P. stop	Seal/Check	
Sample Donation	NSFP	MAT required	Discard	Donation Hold	Hep.B Core Test	WNV test	Other	Linked by	
Gender	WB/Serum	Platelet/Leuco	CMV	RC/OAS	18060	FFP	Cryo	Apheresis	
Venue:	Serology:	Date:	Collection Comments:						
Registration Number:			Donation No.						

NHSBT の採血前問診票 (2012 年 5 月版)

初回及び再来供血者用問診票

以下の質問に、青色または黒色のボールペンを用いて回答してください。わからない質問があれば空欄のままにし、看護師に声をかけて下さい。
記入を間違えた場合に、修正液は使用しないで下さい。

A あなたのライフスタイル		はい	いいえ	スタッフ
A1	HIV の検査を受けたことや、HIV に感染しているおそれがありますか？	☐	☐	
A2	今まで B 型肝炎または C 型肝炎に感染したことや、肝炎に感染しているおそれがありますか？	☐	☐	
A3	違法なまたは医師の処方によらない筋肉増強剤を含む薬品やサプリメントを、ご自身または他人によって注射したことが（たとえ過去に一度だけ、またはかなり以前であっても）ありますか？	☐	☐	
A4	お金またはクスリをセックスの対価として受け取ったことがありますか？	☐	☐	
A5 過去 12 か月間に、あなたはセックスを：				
a	HIV 陽性者となりましたか？	☐	☐	
b	B 型肝炎、C 型肝炎、HTLV の感染者となりましたか？	☐	☐	
c	お金またはクスリを受け取った人となりましたか？	☐	☐	
d	ドラッグを注射したことがある人となりましたか？	☐	☐	
e	AIDS や HIV が蔓延している外国（アフリカのほとんどの国が含まれる）でセックスしたと思われる人となりましたか？	☐	☐	
A6	男性の方にお訊ねします；過去 12 か月間に、コンドームの使用有無にかかわらず、男性とオーラルセックスまたはアナルセックスをしましたか？	☐	☐	
A7	女性の方にお訊ねします；過去 12 か月間に、コンドームの使用有無にかかわらず、他の男性とオーラルセックスまたはアナルセックスをした男性となりましたか？	☐	☐	
B あなたの健康状態		はい	いいえ	スタッフ
B1	献血してはならないと言われたことはありますか？	☐	☐	
B2	心臓の重い病気や、医師による心臓の診断の経験がありますか？	☐	☐	
B3	病院で精密検査、検査、手術を受けたことがありますか？	☐	☐	
B4	医師に処方された薬、錠剤、その他（月経不順治療のための HRT 及びピル等の避妊薬を除く）を服用していますか？	☐	☐	
B5	過去 7 日間に、ご自身が購入されたものも含めて、新たに服用を始めた薬や錠剤はありますか？	☐	☐	
B6	過去 7 日間に、医師、歯科医師、その他医療の専門家の診断を受けたか、診断の予約（定期健診の予約を除く）をしていますか？	☐	☐	
情報の変更 - あなたの情報について間違いや変更があれば、正しい情報を以下に記入して下さい。				
敬称 _____ 名 _____ 姓 _____				
住所 _____				
郵便番号 _____		自宅電話番号 _____		職場電話番号 _____
携帯電話番号 _____		Email _____		生年月日 _____ / _____ / _____

C 感染症のリスク		DT CODE	はい	いいえ	スタッフ
C1	過去 2 週間に、病気、感染症、発熱の何れかを罹ったか、今患っていますか？		☐	☐	
C2	過去 4 週間に、感染性の病気に罹っている人と接触しましたか？		☐	☐	
C3	過去 8 週間に、予防接種またはワクチン投与を受けましたか？		☐	☐	
過去 12 か月間に...					
C4	...耳、顔、身体に、ピアスまたはタトゥーなど、肌に針を刺す美容処置を受けましたか？	S	☐	☐	
C5	...鍼治療を受けましたか？	S	☐	☐	
C6	...あなたの肌が針で刺される、噛まれる、傷を負うなどの行為によって、他人の血液または体液に意図せずして暴露したことがありますか？	S	☐	☐	
その他のリスク					
C7	黄疸または肝炎を患ったことがありますか？	J	☐	☐	
C8	1980 年 1 月 1 日以降に輸血を受けたことがありますか？		☐	☐	
C9	あなたの家族にクロイツフェルト・ヤコブ病の方はいますか？		☐	☐	
C10	1985 年以前に成長ホルモン療法を受けていましたか？		☐	☐	
C11	1992 年 8 月以前に脊椎の腫瘍の手術または嚢胞の除去を行いましたか？		☐	☐	
C12	女性の方にお訊ねします；不妊治療を受けたことがありますか？		☐	☐	

D UK 以外への移動		DT CODE	はい	いいえ	スタッフ
D1	過去 12 か月間に、（出張も含め）UK の外にいましたか？	R	☐	☐	
D2a	UK の外で生まれた、または 6 か月間以上連続して住んだり滞在したりしたことはありますか？	L	☐	☐	
	b はい、であれば、そのときから今まで UK の外にいましたか？	L	☐	☐	
D3a	旅行中にマラリアや未知の熱病に感染したことがありますか？	M/F	☐	☐	
	b はい、であれば、そのときから今まで UK の外にいましたか？	V	☐	☐	
D4	中央アメリカまたは南アメリカに 4 週間以上連続して訪問したことはありますか？	R	☐	☐	
D5	あなたのお母さんは中央アメリカまたは南アメリカで生まれましたか？	L	☐	☐	

(大文字で)		(大文字で)	
名		姓	
署名		日付	

STAFF USE ONLY	CLINICAL NOTES
Withdraw/ suspend until / / ☐ Attention Clinical Support Team ☐ Medical Referral Form Attached ☐ Set Medical bar	☐ Suspend until / / ☐ Withdraw ☐ Accept Date / / CST/Donor Records signature..... Additional notes label ☐

Donor Health Check for new and returning donors

Please answer the following questions in blue or black ballpoint pen. If you are uncertain of any answer, leave the box blank and speak in confidence to the nurse. Please do not use correction fluid if you make a mistake on this form.

A Your lifestyle		Yes	No	Staff
A1	Have you tested positive for HIV or do you think you may be HIV positive?			
A2	Have you ever had hepatitis B or hepatitis C or think you may have hepatitis now?			
A3	Have you ever injected yourself or been injected with illegal or non-prescribed drugs including body-building drugs or cosmetics (even if this was only once or a long time ago)?			
A4	Have you ever been given money or drugs for sex?			
A5	In the last 12 months have you had sex with:			
	^a anyone who is HIV positive;			
	^b anyone with hepatitis B, hepatitis C or HTLV;			
	^c anyone who has ever been given money or drugs for sex;			
	^d anyone who has ever injected drugs; or			
	^e anyone who may ever have had sex in parts of the world where AIDS/HIV is very common (this includes most countries in Africa)?			
A6	Male donors only; In the last 12 months have you had oral or anal sex with a man, with or without a condom?			
A7	Female donors only; In the last 12 months have you had sex with a man who has ever had oral or anal sex with another man, with or without a condom?			

B Your health		Yes	No	Staff
B1	Have you ever been told that you should not give blood?			
B2	Have you ever had a serious illness or seen a doctor about your heart?			
B3	Have you ever had any hospital investigations or tests or operations?			
B4	Are you taking any prescribed medicine or tablets or other treatments (except HRT for the menopause, the pill or other birth control)?			
B5	In the last 7 days have you taken any additional medicines or tablets including any you have bought yourself?			
B6	In the last 7 days have you seen a doctor, dentist or any other healthcare professional or are you waiting to see one (except for routine screening appointments)?			

Change of details – If we have your details wrong, please give us the correct information below.

Title..... Forename..... Surname.....

Address.....

Postcode..... Home no..... Work no.....

Mobile..... Email..... DoB: DD MM YYYY

C Risks of infection		DT CODE	Yes	No	Staff
C1	In the last 2 weeks have you had any illness, infection or fever or do you think you have one now?				
C2	In the last 4 weeks have you been in contact with anyone with an infectious disease?				
C3	In the last 8 weeks have you had any immunisations, vaccinations or jabs?				
In the last 12 months...					
C4	...have you had your ears, face or body pierced, had a tattoo or any cosmetic treatment that involved piercing your skin?	S			
C5	...have you had acupuncture?	S			
C6	...have you been exposed unintentionally to someone else's blood or body fluids eg through a needle prick or bite or broken skin?	S			
Additional risks					
C7	Have you ever had jaundice or hepatitis?	J			
C8	Have you received a blood transfusion since 1st January 1980?				
C9	Has anyone in your family had CJD?				
C10	Were you treated with growth hormone before 1985?				
C11	Did you have brain surgery or an operation for a tumour or cyst in your spine before August 1992?				
C12	Female donors only; Have you ever had treatment for infertility?				

D Travel outside the UK		DT CODE	Yes	No	Staff
D1	In the last 12 months have you been outside the UK (inc. business trips)?	R			
D2a	Were you born or have you ever lived or stayed outside the UK for a continuous period of 6 months or more?	L			
b.	If 'yes' have you been outside the UK since then?	L			
D3a	Have you ever had malaria or an unexplained fever which you could have picked up while travelling?	M/F			
b.	If 'yes' have you been outside the UK since then?	V			
D4	Have you ever visited Central America or South America for a continuous period of 4 weeks or more?	R			
D5	Were you or your mother born in Central America or South America?	L			

(IN CAPITALS)
Forename..... Surname..... Date.....
Your Signature.....

STAFF USE ONLY		CLINICAL NOTES	
Withdraw/suspend until	☐ Medical Referral Form attached	☐ Suspend until...../...../.....	☐ Withdraw
☐ Attention Clinical Support team	☐ Set medical bar	☐ Accept	
		Date...../...../.....	Additional notes label ☐
		CST/Donor Records signature.....	



採血前の医師による問診の準備文書 医療用

採血前に、医師は、あなたが献血した血液を受血する患者に問題が起きないことを確実にする必要があります。

患者の安全は、
あなたの回答の
精度にかかって
います

医師は、あなたに健康状態と病歴について質問します。
病歴によっては、あなたの健康を守るために、献血をお断りする場合があります。
医師はその際、あなたに必要な説明を行います。

また、最適な品質の血液製剤を提供するために、これら血液製剤を必要とする患者にの感染リスクを最小限とする安全対策を講じる必要があります。

医師との問診に際してご協力頂きますことを感謝申し上げます。

以下の問診票の質問にお答え下さい。

検査目的での献血は、絶対にしないで下さい。
医師は、あなたが行くべきところを教えます。

www.dondusang.net





問診票に記載された質問に回答して下さい。

回答にあたってわからない場合は、記入せずそのまま次の質問に進んで下さい。医師には、その旨が報告されます。

収集した情報は、個人情報や医療機密の対象となります。

この質問票は、あなたが献血を終えた後、破棄されます。

1. あなたが献血するにあたって、体調は良好ですか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
2. あなたは仕事を休んでいますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
3. あなた自身のウイルス検査が必要ですか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
4. あなた、またはあなたのパートナーは、HIV、B型肝炎、C型肝炎、HTLVに感染していますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
5. あなたの周囲にB型肝炎の人はいますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
6. あなた、またはあなたの家族に、赤血球の異常（鎌状赤血球貧血など）がある人はいますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ

あなたの生活について：

7. 定期的な診察が必要な病気をしていますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
8. 入院したことがありますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
9. 手術したことがありますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
10. がんまたは悪性腫瘍の診断を受けましたか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
11. 輸血を受けましたか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
12. 角膜、鼓膜、硬膜、骨などの移植を受けましたか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
13. 1989年以前に、グルコセレブロシダーゼ不活性のためにヒト成長ホルモン製剤（下垂体抽出物）による治療を受けたことがありますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
14. 過去2年以内にソリアタン®を用いた乾癬の治療をしましたか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
15. 心血管疾患（弁膜症、不整脈、狭心症、動脈炎、心筋梗塞など）または先天性心血管異常に患っていますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
16. 脳卒中、てんかんの発作、痙攣、失神を繰り返すなどしたことがありますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
17. テタニー発作や痙攣が起きたことがありますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
18. 血液疾患や異常な出血傾向がありますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
19. 貧血、赤血球または鉄欠乏症に罹っていますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
20. 重度のアレルギー症状や喘息発作はありますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
21. マラリアやシャーガス病に罹ったことがありますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ
22. 家族に、クロイツフェルト・ヤコブ病の方がいますか？	☐ はい ☐ いい ☐ いえ



旅行のリスクについて：

23. あなたは過去 3 年以内にヨーロッパ大陸の外に旅行したことがありますか？ ☐はい ☐いいえ
24. あなたは今までヨーロッパ大陸の外で生活したことがありますか？ ☐はい ☐いいえ
25. あなたは 1980 年から 1996 年の間にイギリスに通算 1 年以上滞在したことがありますか？ ☐はい ☐いいえ
- あなたやあなたの親の出生地がヨーロッパ大陸以外の場合は、医師に申告して下さい。

直近 4 か月の間に、あなたは：

26. 医師による治療を受けましたか？ ☐はい ☐いいえ
27. 薬を服用しましたか？ はい の場合はリストしてください。 ☐はい ☐いいえ
28. 入院した、または麻酔を受けましたか？ ☐はい ☐いいえ
29. 伝染性疾患のある人と接触しましたか？ ☐はい ☐いいえ
30. ワクチンの接種をしましたか？ ☐はい ☐いいえ
31. 発熱性胃腸炎（発熱を伴う下痢）に罹りましたか？ ☐はい ☐いいえ
32. 尿路感染症に罹りましたか？ ☐はい ☐いいえ
33. わずかでも出血しましたか？ ☐はい ☐いいえ
34. 潰瘍（静脈瘤性潰瘍、怪我による感染など）はありますか？ ☐はい ☐いいえ
35. 内視鏡検査（胃、大腸など）を受けましたか？ ☐はい ☐いいえ
36. 浸潤、静脈瘤硬化症、耳の治療、鍼治療、脂肪溶解注射を受けましたか？ ☐はい ☐いいえ
37. 他人の傷口や血液に接触をしましたか？ ☐はい ☐いいえ
38. タトゥーやピアスの施術をしましたか？ ☐はい ☐いいえ

あなたが女性の場合：

39. 妊娠していますか？
40. 出産、または 6 か月以内に中絶したことはありますか？

直近 2 週間の間に、あなたは：

41. アレルギー物質の注射による減感作療法を受けましたか？ ☐はい ☐いいえ
42. 感染性の発熱（38 度以上）がありましたか？ ☐はい ☐いいえ
43. 消化器系の問題がありましたか？ ☐はい ☐いいえ
44. 薬を服用しましたか？ はい の場合は、どの薬ですか？ ☐はい ☐いいえ
45. 歯科の治療を受けましたか？ ☐はい ☐いいえ
46. あなたは法的な身上の保護（後見、保佐、司法的救済）に置かれていま
すか？ ☐はい ☐いいえ
47. 説明文書に記載された情報と、これまでの質問を読みましたか？ ☐はい ☐いいえ
48. 何かわからないことがありますか？ ☐はい ☐いいえ
49. 何か質問がありますか？ ☐はい ☐いいえ

あなたは、献血以外にも献血事業に寄付などで貢献できますので、
何ら不快に感じたり恥じたりすることなく、いつでも採血を中断できます。





献血頂いた血液に対しては、感染症検査が実施されます。しかし、感染症の発症と肯定的な検査結果が得られるまでの間には、常に遅延が存在します。

採血前の問診は、感染症のリスクを評価するために行います。

医師は、あなたと一緒に、以下に記載されている点について検討します。

これまでに、薬物の静注やドーピング物質の使用を行ったことがある。

直近 4 か月の間に、

- 性的パートナーを変更した
- 複数の性的パートナーをもっていた
- 不特定のパートナーとの性的関係があった
- 梅毒などの性感染症を有していた

男性間の性的関係があった

感染症に関連するリスク

- | | |
|---------------------------------|--|
| 50. あなたは、上記のような状況に該当しますか？ | ☐ はい ☐ いいえ |
| 51. あなたのパートナーが、上記のような状況に該当しますか？ | ☐ はい ☐ いいえ |

献血後、あなたは、渡された文書に記載されている採血番号を用いて、医師に連絡できます。

フランス血液機構は、2004 年 8 月 6 日付法律第 2004-801 号による、コンピュータの情報、ファイル、自由に関する 1978 年 1 月 6 日付法律第 78-17 号改正法の規定に従い、採血前の問診及び面接においてあなたに知らされなかった特定の事項について、コンピュータに保管された情報及びあなたが記入した情報自体に基づいた情報を開示します。献血血液の検査結果は、フランス血液機構によるデータ処理の対象となります。この処理は、供血者と患者のためのものです。あなたは情報にアクセスでき、間違いがもしあれば修正や削除ができます。これらの権利の行使にあたっては、地域の血液センターの責任者に連絡をとってください。供血者の個人情報及び採血前の問診情報ならびに献血血液の検査結果等に関する情報の保護に必要な個人情報及び健康上の情報ならびに検査データの漏洩を防止するためのすべての措置は、厳正に図られています。

www.dondusang.net



(© Etablissement Français du Sang)



Etablissement Français du Sang

LE LIEN ENTRE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BESOINS DES MALADES



Document de préparation à l'entretien médical préalable au don de sang

Partie médicale

**La sécurité
des malades
dépend de
l'exactitude de
vos réponses.**

Avant le don, un médecin s'assure que vous pouvez donner votre sang sans conséquence pour vous ni pour les malades qui recevront les produits issus de votre don.

Il vous interroge sur votre état de santé et vos antécédents médicaux. Certains de ces antécédents médicaux contre indiquent le don de sang pour la protection de votre santé. Le médecin vous donnera alors les explications nécessaires.

De plus, pour fournir des produits sanguins d'une qualité optimale, des mesures de **sécurité sanitaire** doivent être respectées afin de réduire au maximum les risques de transmission d'agents infectieux aux malades qui ont besoin de ces produits sanguins.

Afin de préparer cet entretien avec le médecin, merci de bien vouloir remplir le questionnaire médical ci-après.

**N'offrez jamais votre sang dans le but d'obtenir un test de dépistage.
Le médecin peut vous indiquer où vous adresser.**



Les réponses aux questions posées dans ce questionnaire sont obligatoires. Toutefois, si vous hésitez sur la réponse à apporter, passez à la question suivante et signalez l'existence de cette difficulté au médecin.

Les informations recueillies sont confidentielles et soumises au secret médical.

Ce questionnaire sera détruit après votre don.

Vous sentez-vous en forme pour donner votre sang ?	☐ Oui ☐ Non
Etes-vous en arrêt de travail ?	☐ Oui ☐ Non
Pensez-vous avoir besoin vous-même d'un test de dépistage viral ?	☐ Oui ☐ Non
Vous ou votre partenaire, êtes-vous porteur du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C, ou du HTLV ?	☐ Oui ☐ Non
Y a-t-il une personne souffrant d'hépatite B dans votre entourage ?	☐ Oui ☐ Non
Vous ou un membre de votre famille, êtes-vous porteur ou atteint d'une anomalie du globule rouge (drépanocytose...) ?	☐ Oui ☐ Non

Avez-vous dans votre vie :

Eu une maladie nécessitant un suivi médical régulier ?	☐ Oui ☐ Non
Été hospitalisé(e) ?	☐ Oui ☐ Non
Été opéré(e) ?	☐ Oui ☐ Non
Eu un diagnostic de cancer ou de maladie maligne ?	☐ Oui ☐ Non
Reçu une transfusion sanguine ?	☐ Oui ☐ Non
Eu une greffe de tissu d'un autre donneur (cornée, tympan, dure mère, os...) ?	☐ Oui ☐ Non
Reçu un traitement par hormone de croissance (extraits hypophysaires) avant 1989 ou par glucocérebroside ?	☐ Oui ☐ Non
Été traité(e) il y a moins de 2 ans, pour un psoriasis, par du Soriatane® ?	☐ Oui ☐ Non
Eu une maladie cardio-vasculaire (maladie valvulaire, trouble du rythme, angine de poitrine, artérite, infarctus du myocarde...) ou êtes-vous porteur d'une anomalie cardio-vasculaire congénitale ?	☐ Oui ☐ Non
Eu un accident vasculaire cérébral, des crises d'épilepsie, des convulsions, des épisodes répétés de syncope ?	☐ Oui ☐ Non
Eu des crises de tétanie ou de spasmophilie ?	☐ Oui ☐ Non
Eu une maladie du sang, une tendance anormale aux saignements ?	☐ Oui ☐ Non
Eu une anémie, un manque de globule rouge ou de fer ?	☐ Oui ☐ Non
Eu une allergie grave, de l'asthme ?	☐ Oui ☐ Non
Eu une ou des crises de paludisme (malaria), une maladie de Chagas ?	☐ Oui ☐ Non
Eu un membre de votre famille atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ?	☐ Oui ☐ Non



Risques liés aux voyages :

Avez-vous voyagé depuis moins de 3 ans hors du continent européen ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous séjourné au moins une fois dans votre vie hors du continent européen ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous séjourné (plus d'un an cumulé) au Royaume-Uni entre 1980 et 1996 ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous ou votre mère êtes né(e) hors du continent européen, signalez-le au médecin.

Dans les 4 derniers mois, avez-vous :

Consulté un médecin ? ☐ Oui ☐ Non

Pris des médicaments ? Si oui, indiquez-les au médecin ☐ Oui ☐ Non

Été opéré(e) au cours d'une hospitalisation et/ou subi une anesthésie générale ? ☐ Oui ☐ Non

Été en contact avec une personne ayant une maladie infectieuse ou contagieuse ? ☐ Oui ☐ Non

Été vacciné(e) ? ☐ Oui ☐ Non

Eu une gastro-entérite fébrile (diarrhée avec fièvre) ? ☐ Oui ☐ Non

Eu une infection urinaire ? ☐ Oui ☐ Non

Eu une ou des hémorragies mêmes minimes ? ☐ Oui ☐ Non

Eu une plaie cutanée importante (ulcère variqueux, plaie infectée...) ? ☐ Oui ☐ Non

Eu une endoscopie (fibroscopie, gastroscopie, coloscopie...) ? ☐ Oui ☐ Non

Été traité(e) par infiltrations, sclérose des varices, auriculothérapie, acupuncture, mésothérapie ? ☐ Oui ☐ Non

Été en contact avec du sang humain par piqûre, plaie, projection ? ☐ Oui ☐ Non

Eu un tatouage ou un piercing (y compris boucles d'oreilles) ? ☐ Oui ☐ Non

Pour les femmes :

Etes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous accouché ou eu une interruption de grossesse depuis moins de 6 mois ? ☐ Oui ☐ Non

Depuis deux semaines, avez-vous :

Fait une allergie, eu une injection de désensibilisation ? ☐ Oui ☐ Non

Eu de la fièvre (> 38°C), un problème infectieux, pris des antibiotiques ? ☐ Oui ☐ Non

Eu des troubles digestifs ? ☐ Oui ☐ Non

Pris des médicaments ? Si oui, lesquels ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous allé(e) chez le dentiste ? ☐ Oui ☐ Non

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection légale (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous lu les informations et questions précédentes ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des points à éclaircir ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des questions à poser ? ☐ Oui ☐ Non

Vous avez la possibilité de renoncer au don avant le début de celui-ci et la possibilité d'interrompre votre don à tout moment sans gêne ni embarras.

Suite du questionnaire page suivante





Des analyses de sang à la recherche de maladies transmissibles sont réalisées sur chaque don. Cependant, il existe toujours un délai entre le début d'une infection et le moment où le résultat de l'analyse est positif.

C'est pourquoi l'entretien préalable au don doit apprécier le risque lié à une maladie transmissible.

Le médecin explorera avec vous les points listés ci-dessous :

Si au cours de votre vie, vous avez utilisé des drogues ou des substances dopantes par voie intraveineuse.

Si dans les 4 derniers mois, vous avez :

- ▶ Changé de partenaire sexuel(le),
- ▶ Eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le),
- ▶ Eu une relation sexuelle avec un(e) partenaire occasionnel(le),
- ▶ Eu une infection sexuellement transmissible (IST) dont la syphilis.

Si vous avez eu des relations sexuelles entre hommes.

Risques liés aux maladies transmissibles :

Avez-vous été dans l'une des situations décrites ci-dessus ?	☐ Oui ☐ Non
Votre partenaire est-il ou a-t-il été dans l'une de ces situations ?	☐ Oui ☐ Non

Après le don, vous pouvez contacter le médecin en téléphonant au numéro indiqué sur le document post-don qui vous sera remis.

« En application des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés telle que modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que certaines des informations qui vous sont demandées notamment à l'occasion du questionnaire pré-don et de l'entretien préalable au don feront l'objet d'un enregistrement informatique par l'Etablissement Français du Sang ainsi que certaines informations vous concernant collectées à l'occasion du don de sang lui-même. Les résultats de qualification biologique du don feront l'objet d'un traitement informatique par l'Etablissement Français du Sang. Ce traitement est destiné à permettre la gestion des donneurs et des receveurs de sang. Vous disposez d'un droit d'accès, et, en cas d'inexactitude, de rectification et de suppression.

Pour exercer ces droits, il suffit de s'adresser au directeur de l'établissement de transfusion sanguine de la région dont dépend le site de collecte.

Toutes les mesures nécessaires sont prises pour assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles concernant le donneur, fournies et collectées par nos services lors de l'entretien pré-don et du don en ce compris des résultats de qualification biologique du don, afin d'empêcher la divulgation non autorisée des données traitées et notamment de l'identité du donneur, des informations relatives à sa santé et des résultats des examens pratiqués. »



Etablissement Français du Sang

LE LIEN ENTRE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BESOINS DES MALADES

あなたの献血は

輸血や血液製剤を必要としている年間約 100 万人の患者に役立てられます。ご協力を感謝申し上げます。

ご質問があれば、献血のどの段階であっても、フランス血液機構の専門家にお訊ね頂ければお答えします。

①	②	③	④	⑤
成分献血を歓迎します	問診票にご記入下さい	医師による採血前の問診を受けてください	全血、血漿成分、血小板成分の何れかを採血します	採血後は、休憩エリアで軽食を用意しています

献血ドナー協会の会員が、ボランティア事業として軽食を提供差し上げることがあります。これは、献血のひとつきをより楽しんで頂くことを願って行われるものです。

全ての献血血液から検体を採取します

検体の検査により、患者の健康を危険にさらすおそれのあるウイルス（HIV、B 型・C 型肝炎）やその他伝染性の感染源（梅毒、寄生虫）の検出が行われます。何らかの異常が発見された場合は、採血された血液が輸血されることはありません。必要と判断された場合は、追加の検査が行われます。その場合、EFS はあなたに個人的に連絡し、あなたが今後献血できるかについて通知します。

血液について

血液は、赤血球や白血球などの細胞成分、血小板、液性の血漿成分（アルブミン、免疫グロブリン、フィブリノーゲンなど）で構成されています。これらの成分には各々の役割があります。

- ・酸素など血液ガスの運搬（赤血球）
- ・感染症との戦い（白血球と免疫グロブリン）
- ・出血との戦い（血小板とフィブリノーゲン）
- ・血圧の維持（アルブミン）

検体保管について

あなたの血漿の検体は、採血後 5 年間凍結状態で保存されます。この措置は、あなたの血液から輸血を受けた患者に異常が発生した場合、血液の安全性確保に関連する追加的な分析を目的として予防的に行われます。検体は、必要に応じて公衆衛生に有用な疫学的研究目的で使用されます。

www.dondusang.net





献血は何に使われますか？

治療における使用

献血血液からつくられた血液製剤は、さまざまな疾患（がん、白血病など）、事故によるけが、外科手術などに用いられます。

治療以外における使用（主に実験、研究、教育）

EFS は、献血血液の一部を関係機関等の教育目的（専門学校や大学における医療従事者養成教育における血液検査実習）や、実験室における試薬調製過程における生化学実験（血液型、凝固検査など）に用います。

規制により、補助金の全部または一部が輸血用血液製剤の事前調製のために使用できない場合には、廃棄せずに教育目的等で活用されます。しかし献血血液の一部が特別な血液特性を有している場合や、緊急の必要性が認められる場合には、ごく例外的に実験室で利用できるようになりました。この場合はあなたの書面による同意が必要であり、医師はあなたに必要なすべての情報を提供します。

また、あなたの血液の特性によっては、医師があなたに医学的な適応性を明らかにしたうえで、あなた自身に当該血液を戻し、必要な情報等を提供することがあります。これらはあなたの書面による同意を得てのみ行われます。規制をクリアするために特別な実験を要する場合、医師はあなたに明確な説明をします。

採血の種類

全血献血

所要時間は 8 分から 12 分です。看護師が血液バッグと採血チューブを設置し、濃厚赤血球、濃厚血小板、原料血漿に分離できるようにします。血漿はバイオ医薬の製造に用いられます。

血漿、血小板、赤血球、顆粒球献血（アフゼリス）

採血した血液は、これら種々の成分に分離されます。病気の治療に必要な成分以外は、献血者の体内に戻されます。所要時間は、献血成分の種類により、30 分から 90 分となります。

献血に関する情報

採血装置（針、チューブ、バッグ）は無菌処理され、使い捨てです。採血における衛生管理は、特別な有資格者によって厳格に行われています。

採血中にめまいが発生する可能性があります。これは血管迷走神経反応と呼ばれ、血圧の一時的な低下現象であり、ほとんどの場合は不安によるものです。採血が終わった後に発生することもあります。採血に伴う副作用については、あなたの不快感を回避するために、医療スタッフがいくつかの簡単なアドバイスを書面で提供します。採血の前後に水分をとること、採血後に軽食をとるなどすることが特に重要です。一般の血液検査と同様に、採血針を刺した部分に血腫ができることがあります。これは数日で消えます。

採血の間または採血後に何か不快に感じた場合は、ただちに EFS のスタッフに申し出て下さい。

個人情報の保護

・フランス血液機構は、2004 年 8 月 6 日付法律第 2004-801 号による、コンピュータの情報、ファイル、自由に関する 1978 年 1 月 6 日付法律第 78-17 号改正法の規定に従い、採血前の問診及び面接においてあなたに知らされなかった特定の事項について、コンピュータに保管された情報及びあなたが記入した情報自体に基づいた情報を開示します。献血血液の検査結果は、フランス血液機構によるデータ処理の対象となります。この処理は、献血者と患者のためのものです。あなたは情報にアクセスでき、間違いがもしあれば修正や削除ができます。

・これらの権利の行使にあたっては、地域の血液センターの責任者とコンタクトをとってください。

・献血者の個人情報及び採血前の問診情報ならびに献血血液の検査結果等に関する情報の保護に必要な、個人情報及び健康上の情報ならびに検査データの漏洩を防止するすべての措置は、厳正に図られています。

献血についてご不明な点や、全国の献血場所についてはこちら：

N° Vert 0 800 109 900
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

www.dondusang.net



(© Etablissement Français du Sang)



Etablissement Français du Sang

LE LIEN ENTRE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BESOINS DES MALADES

Vous allez donner votre sang

Au nom du million de malades qui chaque année a besoin d'une transfusion sanguine ou de médicaments dérivés du sang, nous vous en remercions.

À chacune des étapes de votre don, vous serez accueilli(e) par des professionnels de l'Établissement Français du Sang qui répondront, si vous le souhaitez, à toutes vos questions.

1

Vous êtes accueilli(e) et inscrit(e) pour votre don

2

Vous remplissez le questionnaire

3

Vous rencontrez le médecin pour l'entretien pré-don

4

Vous effectuez votre don de sang, de plaquettes, de plasma

5

Vous êtes accueilli(e) dans l'espace repos où une collation vous sera offerte

Des bénévoles, membres d'associations de donneurs de sang, assurent parfois l'accueil des donneurs et peuvent servir la collation. Leur présence participe à faire du don du sang un moment convivial.

DES ÉCHANTILLONS DE SANG SONT PRÉLEVÉS À CHAQUE DON

Ils permettent de dépister les éventuels virus (VIH, hépatites B et C), ainsi que d'autres agents transmissibles par le sang (syphilis, parasites) qui peuvent mettre en danger la santé des malades.

Si une anomalie est détectée, l'unité prélevée n'est pas transfusée. Si nécessaire, des tests supplémentaires peuvent être alors réalisés. L'EFS vous informe alors personnellement et vous précise si vous pouvez ou non poursuivre vos dons de sang.

INFORMATIONS SUR LE SANG

Le sang est composé de cellules (globules rouges, globules blancs et plaquettes) baignant dans un liquide (le plasma) riche en protéines (albumine, immunoglobulines, facteurs de coagulation...).

Sa fonction est multiple :

- transporter l'oxygène (globules rouges) ;
- lutter contre les infections (globules blancs et immunoglobulines) ;
- lutter contre les saignements (plaquettes et facteurs de coagulation) ;
- maintenir la pression sanguine (albumine)...

INFORMATION BIOTHÈQUE

Un échantillon de votre plasma sera congelé et conservé pendant 5 ans après votre don. Cette précaution permet de réaliser à distance des analyses complémentaires en rapport avec la sécurité transfusionnelle, notamment en cas d'apparition d'une anomalie chez un patient ayant reçu des transfusions à partir de votre sang. Éventuellement, cet échantillon pourra être utilisé pour des études épidémiologiques utiles à la santé publique.



QUE DEVIENT VOTRE DON ?

Utilisation thérapeutique

Les produits sanguins issus des dons sont indispensables pour traiter les très nombreuses personnes malades (cancers, leucémies...), victimes d'accident, ou qui vont subir une lourde intervention chirurgicale.

Utilisation non thérapeutique (notamment à usage de laboratoire, de recherche ou d'enseignement)

L'EFS fournit à certains partenaires ou à ses propres laboratoires des éléments du sang indispensables à l'enseignement (apprentissage des analyses sanguines pour les métiers de la santé dans les lycées et les universités) ; à la fabrication de réactifs sanguins indispensables à certaines analyses biologiques (groupages sanguins, tests de coagulation...) ; à des laboratoires de recherche.

Lorsque tout ou partie du don ne peut être utilisé pour la préparation de produits sanguins pour une transfusion, il peut être réorienté vers ce type d'utilisation au lieu d'être détruit. De façon très exceptionnelle, une partie du don pourrait être réorientée vers une utilisation de laboratoire en fonction de caractéristiques spéciales du sang, et de l'urgence du besoin. Dans cette éventualité, votre accord écrit est nécessaire, et le médecin peut vous apporter toutes les précisions utiles.

Dans certains cas, un don à usage non thérapeutique vous est directement proposé par le médecin, soit en fonction de certaines caractéristiques de votre sang, soit parce que l'entretien révèle une contre-indication médicale au don de sang. Dans ce cas, il vous délivrera une information spécifique et le prélèvement ne sera réalisé qu'avec votre accord écrit. Si des analyses biologiques particulières sont nécessaires en complément des examens réglementaires, le médecin vous le précisera.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE DON

Le don de sang total

Il dure 8 à 12 minutes. L'infirmier(e) prélève une poche de sang ainsi que des tubes échantillons permettant d'effectuer les contrôles biologiques. Il permet la préparation d'un concentré de globules rouges, d'un concentré de plaquettes et d'une unité de plasma. Le plasma permet aussi la préparation de bio-médicaments.

Le don de plasma, de plaquettes, de granulocytes ou de globules rouges (don en aphérèse)

Le sang est prélevé et séparé en ses différents composants. Seuls les composants dont les malades ont besoin sont collectés, les autres sont restitués au donneur. Selon le produit sanguin prélevé, la durée du don varie de 30 à 90 minutes.

INFORMATIONS SUR LE DON DE SANG

Le matériel de prélèvement (aiguille, tube et poche) est stérile et à usage unique. Le prélèvement est effectué dans des conditions strictes d'hygiène par une personne spécialement qualifiée. Un malaise peut parfois survenir à l'occasion d'un don. Appelé malaise vagal, il est dû à une baisse passagère de la tension artérielle, et le plus souvent lié à l'anxiété. Il peut arriver qu'un malaise survienne dans les heures qui suivent le don. Le personnel médical vous remettra un document à conserver qui contient quelques recommandations simples pour éviter ces désagréments. Il est notamment important de boire avant et après le don, et de respecter le temps de repos nécessaire lors de la collation.

Comme pour toute prise de sang, un hématome peut survenir au point de ponction. Il disparaît en quelques jours.

En cas de sensation d'inconfort, pendant ou après le don, signalez-le sans délai au personnel de l'EFS.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

• En application des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés telle que modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que certaines des informations qui vous sont demandées, notamment à l'occasion de l'inscription, du questionnaire pré-don et de l'entretien préalable au don, feront l'objet d'un enregistrement informatique par l'Établissement Français du Sang ainsi que certaines informations vous concernant, collectées à l'occasion du don de sang lui-même. Les résultats de qualification biologique du don feront l'objet d'un traitement informatique par l'Établissement Français du Sang. Ce traitement est destiné à permettre la gestion des donneurs et des receveurs de sang. Vous disposez d'un droit d'accès, et en cas d'inexactitude, de rectification et de suppression.

• Pour exercer ces droits, il suffit de s'adresser au directeur de l'établissement de transfusion sanguine de la région dont dépend le site de collecte.

• Toutes les mesures nécessaires sont prises pour assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles concernant le donneur, fournies et collectées par nos services lors de l'entretien pré-don et lors du don y compris les résultats de qualification biologique du don, afin d'empêcher la divulgation non autorisée des données traitées et notamment de l'identité du donneur, des informations relatives à sa santé et des résultats des examens pratiqués.

Pour plus d'informations sur le don du sang ou pour connaître les autres sites de collecte dans toute la France :

N° Vert 0 800 109 900

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

全血及び血漿成分供血者向け統一問診票

全血及び血漿成分供血者向け統一問診票（第2版） - 2015年1月13日現在

あなたの健康状態に関する一般的な質問			
1.	・病気にかかっていたり、気分が悪いことはありますか？ ・今日、食べたり飲んだりしましたか？ ・体重は 50kg 以上ですか？	☐ はい ☐ はい ☐ はい	☐ いいえ ☐ いいえ ☐ いいえ
2.	この一週間に、 ・発熱以外で治っていない症状（例：寒気、風邪、尿路感染症）はありますか？ ・歯科の治療や歯のクリーニングをしましたか？ ・怪我や小手術をしましたか？	☐ はい ☐ はい ☐ はい	☐ いいえ ☐ いいえ ☐ いいえ
3.	・過去 4 週間に、下痢や持続性の腹痛、嘔吐、炎症、発熱はありましたか？	☐ はい	☐ いいえ
4.	・過去 4 か月間に、医療機関で勤務したことや、医師や医療従事者であったことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ
5.	以下のうち一つ以上に該当しますか？（該当するものに下線を引いて下さい） ・心臓や血管の疾患（例：血栓症、不整脈、脳卒中、心臓発作） ・神経疾患（例：てんかん） ・皮膚・血液・肺（例：喘息）・肝臓・腎臓・胃・腸の疾患、アレルギーなどの慢性疾患、糖尿病 ・腫瘍（例：癌）	☐ はい ☐ はい ☐ はい ☐ はい	☐ いいえ ☐ いいえ ☐ いいえ ☐ いいえ
6.	・過去に、あなたは献血するべきでないと言われたことはありますか？ ・過去に、血液合併症を起こしたことはありますか？ ・他の施設で献血したことはありますか？	☐ はい ☐ はい ☐ はい	☐ いいえ ☐ いいえ ☐ いいえ
7.	・薬物や覚せい剤を使用したことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ
8.	今から 12 時間に、あなたの職業や趣味のうえで、ご自身や他の人を危険にさらすおそれのある活動を行いますか？（例：旅客運送業務、高所での活動、激しい運動）	☐ はい	☐ いいえ
9.	・妊娠中または授乳中ですか？ ・妊娠したことはありますか？ ・妊娠したことがある場合、最後の出産はいつでしたか？	☐ はい ☐ はい ☐ はい	☐ いいえ ☐ いいえ ☐ いいえ
血液を介する感染症についての質問			
10.	今まで、以下の何れかに診断されましたか？ ・肝臓の炎症（黄疸）、A 型肝炎、B 型肝炎、C 型肝炎 ・HIV/AIDS、HTLV	☐ はい ☐ はい	☐ いいえ ☐ いいえ
11.	・過去 4 か月間に、鍼治療をしましたか？ ・過去 4 か月間に、タトゥーやピアシングなど皮膚を傷つける行為、耳ピアス穴あけ、ボトックス注射、整形手術、身体改造をしましたか？	☐ はい ☐ はい	☐ いいえ ☐ いいえ
12.	過去 4 か月間に、肝臓の炎症（肝炎）と診断された方と同じ世帯で住んだことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ
13.	過去 4 か月間に、他人の血液と接触しましたか？（例：粘膜接触（眼を含む）、注射針による誤刺）	☐ はい	☐ いいえ
14.	過去 2 年間に、輸血（赤血球、血漿、血小板、自己血）を受けましたか？	☐ はい	☐ いいえ
15.	過去 4 か月間に、手術、組織移植、内視鏡検査（例：胃、膀胱、腸、関節）、カテーテル治療、生検（組織採取）を受けましたか？	☐ はい	☐ いいえ

ページ 1/2

16.	HIV や肝炎のような感染症は、性行為によってただちに、本人が気づかないまま伝播され、献血血液から輸血を受ける患者にも感染します。残念なことに、実際に感染しても、ときに 4 か月間も感染が判明しません。つまり、あなたの正直な回答が、献血血液を受け取る人の健康を守ることになります。			
	過去 4 か月間に、性行為を、			
	・新しいパートナー、または、他のパートナーとしましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・重篤な感染症（例：AIDS、肝炎）の疑いのある人としましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・した際、お金の支払いまたは宿泊代やクスリ代の負担をしましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・した女性にお訊ねします：パイセクシュアルの男性としましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・した際、お金またはその他の利益を受け取りましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・した男性にお訊ねします：男性としましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
17.	今まで、薬物を注射または鼻吸引しましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
18.	過去 4 か月間に、刑務所にいましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
19.	過去 4 か月間に、医師の施術以外での注射（例：筋肉増強剤注射）をしましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
20.	・今まで、動物由来の細胞または組織抽出物の移植をしましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・過去 12 か月間に、狂犬病のおそれがある動物と接触後にワクチンを接種しましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・過去 12 か月間に、抗毒血清（例：ヘビ）の注射をしましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
21.	・出生地は、ヨーロッパ以外ですか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・ヨーロッパ以外に 6 か月以上住んだことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ	
	はい の場合、どこですか？ _____, いつですか？ _____			
	・過去 6 か月間に、たとえ短期間でも、外国にいましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	はい の場合、どこですか？ _____			
22.	今まで、マラリア熱に罹ったことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ	
23.	結核、骨髄炎、梅毒、リウマチ熱、トキソプラズマ症、サルモネラ菌感染症（腸チフスやパラチフス）、Q 熱にかかったことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ	
24.	今まで、以下何れかの稀な病気にかかったことがありますか？ シャーガス病（トリパノソーマ症）、ブルセラ症、バベシア症、リーシュマニア症、ハンセン病、類鼻疽、野兔病、チフス、リケッチア感染症	☐ はい	☐ いいえ	
血液における薬物の残存可能性についての質問				
25.	過去 4 週間に、例えば抗生物質、鎮痛剤（アスピリン、アセチルサリチル酸）、降圧剤などの錠剤を服用しましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	はい、の場合、それは何ですか？ _____			
26.	今まで、乾癬または重度のにきび治療用の錠剤（チガソン [®] 、ネオチガソン [®] 、ロアキュタン [®] ）を服用したことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ	
27.	過去 4 週間に、ワクチンの接種をしましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	はい、の場合、どの疾患用ですか？ _____			
脳の伝染病に関する質問				
28.	あなた自身やあなたの血縁者が、クロイツフェルト・ヤコブ病と診断されたこと、または疾患の疑いが持たれたことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ	
29.	・1986 年以前に下垂体ホルモンの異常による疾患（例：成長障害、不妊症、子宮内膜症）の治療を受けましたか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・角膜または髄膜の移植を受けたことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ	
30.	・1980 年 1 月 1 日から 1996 年 12 月 31 日までの間に、イギリスに通算 6 か月以上滞在したことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ	
	・1980 年 1 月 1 日以降に、イギリスで手術または輸血（赤血球、血漿、血小板）を受けたことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ	
* 供血者の問診時における録音は、必要要件とされない。				
黄色マーカーの部分は供血者が回答時に記入するのではなく、医療スタッフが供血者との問診時に記入する。				

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand			
1.	- Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben? - Haben Sie heute schon gegessen und getrunken? * - Wiegen Sie mindestens 50kg? *	☐ ja ☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein ☐ nein
2.	Hatten Sie in der letzten Woche - einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt) ohne Fieber, - eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung, - eine Verletzung oder einen kleinen operativen Eingriff?	☐ ja ☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein ☐ nein
3.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?	☐ ja	☐ nein
4.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten im Krankenhaus, beim Arzt oder beim Heilpraktiker?	☐ ja	☐ nein
5.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (<u>ggf. unterstreichen</u>): - Herz- oder Gefäßerkrankung (z. B. Thrombose, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall, Herzinfarkt), - Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie), - Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm; chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit, - Tumor (z.B. Krebs)?	☐ ja ☐ ja ☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein ☐ nein ☐ nein
6.	- Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut spenden dürfen? - Hat es bei einer früheren Blutentnahme/Blutspende Komplikationen gegeben? - Spenden Sie auch in anderen Blutspende-Einrichtungen?	☐ ja ☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein ☐ nein
7.	Konsumieren Sie Medikamente oder Rauschmittel missbräuchlich?	☐ ja	☐ nein
8.	Werden Sie in den nächsten 12 Stunden Tätigkeiten in Beruf oder Hobby ausüben, die Sie oder andere gefährden könnten (z. B. Personenbeförderung, Tätigkeit mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)	☐ ja	☐ nein
9.	- Sind Sie schwanger oder stillen Sie? - Waren Sie jemals schwanger? - Wenn ja, wann zuletzt?	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können			
10.	Wurde bei Ihnen jemals - eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z. B. Hepatitis A, Hepatitis B oder Hepatitis C festgestellt? - eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
11.	- Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Akupunktur? - Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren lassen oder einer anderen Maßnahme unterzogen, die Haut oder Schleimhaut verletzt wie Piercing, Ohrlochstechen, Botoxspritzen, permanentes Make-up, Body Modification?	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
12.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde?	☐ ja	☐ nein
13.	Sind Sie in den letzten 4 Monaten in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z.B. über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch eine Verletzung mit einem Instrument (z.B. Injektionsnadel)?	☐ ja	☐ nein
14.	Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma - auch Eigenblut) erhalten?	☐ ja	☐ nein
15.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darm- oder Gelenkspiegelung), eine Katheteranwendung oder wurde Ihnen Gewebe entnommen (Biopsie)?	☐ ja	☐ nein

16.	Über den Sexualverkehr können Infektionen, wie z.B. HIV oder Hepatitis, übertragen werden. Direkt nach der Ansteckung mit HIV und/oder Hepatitis kann ein Spender ohne es zu wissen infiziert sein und durch sein Blut den Empfänger der Spende anstecken. Leider können Labortests eine Infektion zum Teil erst bis zu 4 Monate nach der Ansteckung nachweisen. Daher schützen Sie mit Ihrer ehrlichen Antwort die Empfänger Ihrer Spende.			
	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr			
	- mit einer neuen Partnerin / einem neuen Partner? - mit einer Person, die eine schwere Infektionskrankheit (z.B. AIDS oder Hepatitis) hat oder haben könnte? - für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben? Nur für Frauen: mit einem bisexuellen Mann?		☐ ja	☐ nein
	- Haben Sie schon einmal Geld oder andere Leistungen für Sexualverkehr erhalten? Nur für Männer: Hatten Sie schon einmal Sexualverkehr mit einem anderen Mann?		☐ ja	☐ nein
17.	Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt, oder geschnupft?		☐ ja	☐ nein
18.	Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?		☐ ja	☐ nein
19.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate)?		☐ ja	☐ nein
20.	- Haben Sie jemals Frischzellen, bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten? - Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden? - Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)?		☐ ja ☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein ☐ nein
21.	- Sind Sie außerhalb Europas geboren? - Haben Sie jemals länger als 6 Monate außerhalb Europas gelebt? Wenn ja, wo? Wann? - Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? wo?		☐ ja ☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein ☐ nein
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?		☐ ja	☐ nein
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Toxoplasmose, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber?		☐ ja	☐ nein
24.	Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden seltenen Erkrankungen festgestellt: Chagas-Krankheit (Trypanosomiasis), Brucellose, Babesiose, Leishmaniose, Lepra, Melioidose, Rückfallfieber, Hasenpest (Tularämie), Fleckfieber oder andere Rickettsiosen?		☐ ja	☐ nein
Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut				
25.	Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen Tabletten o.a. Medikamente eingenommen, wie z.B. Antibiotika, Schmerzmittel (auch Aspirin, ASS), Mittel gegen Bluthochdruck oder andere? Wenn ja, welche?		☐ ja	☐ nein
26.	Haben Sie jemals Tabletten zur Behandlung von Schuppenflechte oder schwerer Akne eingenommen (z.B. Tigason®, Neo-Tigason®, Roaccutan®)?		☐ ja	☐ nein
27.	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Wenn ja, gegen welche Erkrankungen?		☐ ja	☐ nein
Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen				
28.	Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder eine ähnliche Erkrankung festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?		☐ ja	☐ nein
29.	- Wurden Sie vor 1986 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse, z.B. wegen Wachstumsstörungen, Unfruchtbarkeit, Endometriose behandelt? - Haben Sie jemals Hornhaut -, Hirnhaut - oder andere Transplantate erhalten?		☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
30.	- Haben Sie sich in der Zeit zwischen dem 01.01.1980 und 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten? - Sind Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland nach dem 01.01.1980 operiert worden oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten?		☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein

* Aufnahme der Fragen in den Spenderfragebogen ist nicht verpflichtend.

Die gelb hinterlegten Zusatzangaben des Spenders müssen nicht auf einem selbst auszufüllenden Fragebogen dokumentiert werden, sondern können auch im Gespräch mit dem ärztlichen Spendepersonal erfragt und dokumentiert werden.