**Anexo N°2 versión actualizada 2021 de Norma de atención y selección de donantes de sangre total y aféresis, emitida por MINSAL 31.05.21**

VERSIÓN EDITABLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO DE PREPARACIÓN PARA CUESTIONARIO PRE DONACIÓN** | | | |
| **Cada una de las preguntas de este cuestionario es importante, tanto para su salud como la de los que recibirán su sangre.**  **La seguridad de los enfermos depende de la honestidad y exactitud de sus respuestas, esto puede significar que algunos criterios impidan que usted done su sangre.**  Si usted no está seguro(a) sobre alguna respuesta, marque en el casillero “no sé” para que la pregunta sea analizada durante la entrevista.  La información que usted entregue es confidencial y está bajo secreto médico.  Usted puede retirarse libremente en cualquier etapa de la donación si lo desea. Su decisión será respetada sin consecuencias para usted.  **IMPORTANTE:**   * **Nunca intente donar su sangre con el objetivo de hacerse el examen del VIH. El médico o el profesional le dirán dónde dirigirse para ello.**   **¡Muchas gracias por venir a donar!** | | | |
| **¿Por qué se hacen preguntas sobre su estado de salud?**  Para buscar enfermedades o medicamentos que pudieran contraindicar la donación, por su salud y la del receptor | | | |
| **A.- ESTADO DE SALUD PARA PODER DONAR SU SANGRE** | | | |
| **1**. ¿Se siente bien de salud para donar sangre? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **2**. Usted: | | | |
| A. ¿Ha consultado a un médico en los últimos 6 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| B. ¿Se ha realizado exámenes (de sangre, radiografías, etc.) en los últimos 4 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| C. ¿Ha tomado medicamentos (incluyendo los que toma todos los días)? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| ¿Cuál?............................................................................................................................................ | | | |
| D. ¿Tiene alguna enfermedad que requiere control médico regular? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| ¿Cuál?........................................................................................................................................... | | | |
| E. ¿Ha recibido inyecciones de desensibilización para la alergia en los últimos 15 días? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **3**. Se ha vacunado: | | | |
| A. ¿Contra la hepatitis B? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| B. ¿Contra la rabia en el último año? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| C. ¿Contra el tétano? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| D. ¿Contra otras enfermedades en el último mes? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **4**. ¿Ha tenido recientemente sangramientos (de la nariz, hemorroides, menstruaciones muy abundantes)? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **5**. ¿Ha sentido en los últimos días o semanas un dolor en el pecho o dificultad para respirar al hacer un esfuerzo? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **6**. ¿Ha sido tratado por psoriasis? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **7**. Tiene programada alguna actividad de esfuerzo físico después de la donación (por deporte o por trabajo)? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| Si es así, ¿cuál?............................................................................................................................. | | | |
| **Durante su vida** | | | |
| **8**. ¿Ha consultado a un cardiólogo? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| Si es así, ¿por qué?....................................................................................................................... | | | |
| **9**. ¿Ha sido operado u hospitalizado? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **10**. ¿Ha tenido asma o reacciones alérgicas importantes? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **13**. ¿Tiene alguna enfermedad de la coagulación de la sangre? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **14**. ¿Ha tenido anemia, falta de glóbulos rojos o un tratamiento por falta de fierro? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **15**. ¿Ha tenido un diagnóstico de cáncer (incluyendo melanoma, leucemia, linfoma)? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **16**. ¿Ha tenido un accidente vascular cerebral, un accidente isquémico transitorio, crisis epilépticas, convulsiones, síncopes repetidos? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **Para las mujeres:** | | | |
| **17**. ¿Está embarazada en este momento o lo estuvo en los últimos 6 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **¿Por qué se hacen preguntas sobre sus viajes?**  Para investigar si usted es portador de una enfermedad adquirida durante su viaje que pudo pasar desapercibida, ya que ella se puede transmitir por la sangre y provocar una enfermedad grave en algunos enfermos. | | | |
| **B.- RIESGOS RELACIONADOS A LOS VIAJES** | | | |
| **18**. ¿Ha viajado, aunque sea solo una vez en la vida, fuera del país? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **19**. ¿Ha estado fuera del país en los últimos 12 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| ¿En qué país?............................................................................................................................. | | | |
| **20**. ¿Ha vivido fuera de Chile por más de 6 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| ¿En qué país?............................................................................................................................. | | | |
| **21**. ¿Ha presentado una crisis de malaria? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **22.** ¿Durante o después de un viaje fuera de Chile ha presentado un episodio de fiebre? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **23**. ¿Ha vivido en Reino Unido entre los años 1980 a 1996? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **¿Por qué se hacen otros tipos de preguntas?**  Las siguientes preguntas buscan investigar si usted tiene alguna infección que puede ser transmitida al receptor y que no será detectada en los estudios de laboratorio. | | | |
| **C.- RIESGOS DE SER PORTADOR DE UNA INFECCIÓN TRANSMISIBLE POR LA SANGRE** | | | |
| **24**. ¿Ha ido al dentista en los últimos 7 días? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **25**. ¿Ha tenido fiebre (mayor a 38° C), diarrea o un problema infeccioso en los últimos 15 días? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **26**. ¿Ha tenido una lesión o una infección en la piel en los últimos 15 días? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **27**. En el último mes ¿Ha estado en contacto con una persona con una enfermedad contagiosa? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| Si es así, ¿cuál? .......................................................................................................................... | | | |
| **28**. ¿Se ha hecho un tatuaje o un piercing (incluyendo perforación de las orejas) en los últimos 6 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **29**. ¿Ha estado en contacto con sangre humana a través de un pinchazo, una herida o salpicadura en los últimos 6 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **30**. ¿Se ha hecho algún tratamiento con agujas (acupuntura, mesoterapia) o esclerosis de várices en los últimos 6 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **31**. ¿Se ha hecho una endoscopía (fibroscopía, gastroscopía, colonoscopía) en los últimos 6 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **32**. ¿Ha tenido varias infecciones urinarias en los últimos 12 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **33**. Usted o su madre ¿han tenido Enfermedad de Chagas? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **Durante su vida:** | | | |
| **34**. ¿Ha recibido una transfusión o un trasplante de órganos? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **35**. ¿Ha recibido un trasplante de córnea o de duramadre? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **36**. ¿Ha recibido tratamiento con hormona de crecimiento antes de 1989? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **37**. Algún miembro de su familia ¿ha presentado la enfermedad de Creutzfeldt Jakob? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **¿Por qué se hacen preguntas íntimas?**  A través de las siguientes preguntas buscamos averiguar si usted ha podido **contraer el virus del SIDA, los virus de la hepatitis B o C o el virus HTLV.**  Estos virus son estudiados en todas las donaciones de sangre con técnicas de alta eficiencia. Sin embargo, existe un “**periodo de ventana**” al comienzo del contagio, donde los exámenes son negativos **y no logran detectar la infección**. Si se dona en este periodo se puede transmitir la enfermedad a través de la transfusión a un enfermo, debido a que el virus ya se encuentra en la sangre.  **Lea atentamente las siguientes preguntas. Puede completar esta parte del cuestionario con el médico o el profesional durante la entrevista.** | | | |
| **D.- OTROS RIESGOS DE SER PORTADOR DE UNA INFECCIÓN TRANSMISIBLE POR LA SANGRE** | | | |
| **38**. ¿Ha tenido algún resultado positivo en exámenes de VIH / SIDA, de virus de la hepatitis B, de virus de la hepatitis C o el virus HTLV? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **39**. ¿Cree usted que necesita hacerse un examen para el VIH / SIDA, del virus de la hepatitis B, del virus de la hepatitis C? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **40**. ¿Sabe usted si entre sus cercanos hay alguna persona que sea portadora de la hepatitis B? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **41**. ¿Ha utilizado drogas u otras sustancias por vía inyectable que no hayan sido recetadas por un médico? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **42**. ¿Ha tenido usted una infección de transmisión sexual? (SÍFILIS, clamidia, gonorrea, herpes genital, etc.) | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **En los últimos 6 meses:** | | | |
| **43**. ¿Ha tenido contacto sexual con una persona nueva? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **44**. A. ¿Ha tenido contacto sexual con más de una persona? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| B. ¿Su pareja ha tenido contacto sexual con más de una persona? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **En los últimos 12 meses:** | | | |
| **45**. ¿Ha tenido usted un contacto sexual a cambio de dinero o drogas en los últimos 12 meses? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| **46. En los últimos 12 meses ha tenido un contacto sexual con una persona que:** | | | |
| A. ¿Está infectado(a) con VIH / SIDA, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C o el virus HTLV? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| B. ¿Ha utilizado drogas u otras sustancias por vía inyectable que no hayan sido recetadas por un médico? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| C. ¿Ha tenido un contacto sexual a cambio de dinero o drogas? | **SI** | **NO** | **NO SÉ** |
| D ¿Ha tenido una infección de transmisión sexual? (SÍFILIS, clamidia, gonorrea, herpes genital) | **SÍ** | **NO** | **NO SÉ** |