

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

ERKLÄRUNG

VISA
KRANKEN-
PFLEGER(IN)

VISA
ARZT(IN)

1.	Ist Ihre letzte Spende gut verlaufen und haben Sie beim CRL gespendet?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Datum: Art:		
2.	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
3.	Haben Sie kurzfristig einen Arztbesuch, medizinische Untersuchungen oder eine Operation geplant?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
Heute bzw. letzte Woche					
4.	fühlen Sie sich gut?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
2N.	machen Sie eine Diät?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
5.	sind Sie krankgeschrieben?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
6.	waren Sie beim Zahnarzt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
7.	haben Sie Schmerzmittel oder entzündungshemmende Medikamente (Aspirin/Ibuprofen...) eingenommen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
In den letzten 4 Wochen					
8.	haben Sie gelegentlich andere Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
9.	hatten Sie eine banale Infektion(Erkältung, Durchfall, Blasenentzündung...)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
10.	hatten Sie • eine offene Wunde; • ein Geschwür, eine Hautinfektion; • einen Zeckenbiss?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
11.	hatten Sie eine allergische Reaktion?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
12.	haben Sie eine Impfung oder eine andere Injektion erhalten?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
Seit Ihrer letzten Spende					
13.	hatten Sie • eine schwere infektiöse-, ansteckende- oder Tropenkrankheit; • einen Unfall; • einen Knochenbruch?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
14.	hatten Sie eine(n) Ohnmacht/Schwindel/Schwächeanfall?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
15.	hatten Sie eine Blutung?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
16.	haben Sie einen unerklärlichen Gewichtsverlust bemerkt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
17.	hatten Sie anhaltenden Durchfall (mit oder ohne Fieber)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
18.	haben Sie geschwollene Lymphknoten bemerkt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
19.	hatten Sie anhaltendes Fieber (>38°C)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
20.	waren Sie in Kontakt mit ansteckenden/infektiösen Krankheiten?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
21.	waren Sie der Ansteckungsgefahr einer durch Blut übertragbaren Krankheit ausgesetzt: • versehentliche Stichverletzung; • Kontakt mit Blut oder Körperflüssigkeiten; • Verletzung durch einTier?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Datum:		
22.	waren Sie in ärztlicher Behandlung/hatten Sie eine Blutuntersuchung?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
In den letzten 4 Monaten bzw. seit Ihrer letzten Spende					
23.	hatten Sie medizinische Untersuchungen oder technische Interventionen: • Endoskopie (HNO Spiegelung, Magenspiegelung, Darmspiegelung...) • Akupunktur?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Datum:		
24.	hatten Sie • ein Piercing; • einen Ohrdurchstich; • eine elektrische Epilation; • eine Tätowierung; • ein Permanent Make-up?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Datum:		

			ERKLÄRUNG	VISA KRANKEN- PFLEGER(IN)	VISA ARZT(IN)
25.	waren Sie in einer Region, welche in der Tabelle "risques temporaires liés aux voyages" aufgeführt ist (zu finden auf www.croix-rouge.lu und beim Vorgespräch zur Blutspende)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Rückreisedatum:		
In den letzten 6 Monaten bzw. seit Ihrer letzten Spende					
26.	hatten Sie • Krankenhausaufenthalte; • Operationen; • Narkosen; • Bluttransfusionen; • Injektionen von Blut oder Blutbestandteilen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
27.	haben Sie Medikamente auf Basis von Dutasteride (Avodart, Combodart...) eingenommen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
28.	• waren Sie schwanger • haben Sie entbunden • haben Sie gestillt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Datum: Ich bin ein Mann <input type="checkbox"/>		
29.	waren Sie ausserhalb Europas?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Land: Rückreisedatum:		
In den letzten 3 Jahren bzw. seit Ihrer letzten Spende					
30.	waren Sie in einem Endemiegebiet für Malaria?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Land: Rückreisedatum:		
Hatten Sie seit Ihrer letzten Spende					
31.	Herz-Kreislaufprobleme?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
32.	Lungenkrankheiten?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
33.	Magen-Darmkrankheiten?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
34.	Leber-krankheiten/-entzündungen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
35.	Nieren-Harnwegserkrankungen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
36.	Gynäkologische/geburtshilfliche Probleme?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Ich bin ein Mann <input type="checkbox"/>		
37.	endokrinologische Krankheiten, Stoffwechselkrankheiten?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
38.	Krankheiten des Blutes, des Gerinnungssystems?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
39.	neurologische/psychiatrische Erkrankungen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
40.	die Creutzfeld-Jacob (CJD) oder Gerstmann-Sträussler-Scheincker (GSS) Krankheit, oder ist eine dieser Krankheiten jemals in Ihrer Familie vorgekommen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
41.	orthopädische/rheumatische Krankheiten?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
42.	allergische Probleme?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
43.	Hautkrankheiten?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
44.	eine Geschlechtskrankheit?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
45.	Zwischen 1980-1996 , haben Sie insgesamt länger als 12 Monate in Grossbritannien gelebt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
46.	Nach dem 01.01.1980 , hatten Sie eine Operation oder Bluttransfusion in Grossbritannien?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
In Ihrem Leben hatten Sie jemals					
47.	eine Behandlung mit Hormonen/Extrakten aus menschlichen Hypophyse- oder Hirnanhangsdrüsen (Wachstumshormone...)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Datum:		
48.	eine Behandlung mit Tigason?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
49.	eine Transplantation von • Organen, Gewebe; • Hornhaut; • Hirnhaut?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
51.	Sind Sie bei guter Gesundheit?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
Heute/in den nächsten Tagen					
50.	haben Sie körperliche Anstrengungen/gefährliche Aktivitäten geplant?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			

WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR BLUT-PLASMA- UND BLUTPLÄTTCHENSPENDER ÜBER HIV-INFEKTIONEN/AIDS

AIDS, Endstadium der HIV-Infektion, ist bekannt seit 1981, und gekennzeichnet durch eine Abschwächung der körpereigenen Immunabwehr, was zu schweren Infektionen und Krebsleiden führt.

Bei jeder Blut-Apheresespende wird Ihr Blut anhand von Labortests auf bestimmte durch Blut übertragbare Infektionskrankheiten untersucht (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, Syphilis, HIV...)

Trotz hochentwickelter sensibler Methoden kann es sein, dass in Ausnahmefällen, eine infizierte Person nicht entdeckt wird, v.a. wenn der Test frühzeitig nach der Ansteckung mit dem HI-Virus durchgeführt wird.

Aus diesem Grund ist es ausserordentlich wichtig, dass Personen mit einem hohen Risikoverhalten für eine HIV Infektion **kein(e) Blut, Plasma oder Plättchen spenden.**

Folgende Fragen helfen ein solches Risiko, im Rahmen der Blutspende, festzustellen			VISA KRANKEN- PFLEGER(IN)	VISA ARZT(IN)
R1.	Sind Sie HIV positiv oder haben Sie AIDS?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
In Ihrem Leben				
R2.	haben Sie sich jemals Drogen oder Dopingprodukte gespritzt (auch nur ein einziges Mal)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
R3.	haben Sie jemals die Prostitution ausgeübt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
R4.	haben Sie regelmässig Transfusionen von Blut, Blutprodukten oder Plasmaderivaten bekommen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
R5.	hatten Sie jemals sexuellen Kontakt mit einer Person, welche HIV-positiv oder an Aids erkrankt ist?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
R6.	hatten Sie sexuellen Kontakt mit einer Person, welche aus einem Hochrisikogebiet für Aids /Hepatitis stammt oder dort gelebt hat (Afrika...)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
In den letzten 4 Monaten				
R7.	hatten Sie eine(n) neue(n) Sexualpartner(in)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
R8.	hatten Sie eine(n) gelegentliche(n) Sexualpartner(in)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
R9.	hatten Sie mehr als eine(n) Sexualpartner(in)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
In Ihrem Leben				
S1.	hatten Sie sexuellen Kontakt mit einer Person, welche sich Drogen- oder Dopingprodukte spritzt oder gespritzt hat?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
S2.	hatten Sie sexuellen Kontakt mit einer Person welche sich prostituiert(e)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
S3.	hatten Sie sexuellen Kontakt mit einer Person welche regelmässig Bluttransfusionen bekommt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
Für Männer				
H1.	Hatten Sie sexuellen Kontakt mit einem anderen Mann (auch einmalig)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
Für Frauen				
H2.	Hatten Sie sexuellen Kontakt mit einem Mann, welcher seinerseits sexuellen Kontakt mit einem anderen Mann hatte?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich:

- das zur Verfügung gestellte Aufklärungsmaterial zur Kenntnis genommen und verstanden habe
- die Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen und zufriedenstellende Antworten auf alle Fragen erhalten habe
- den medizinischen Fragebogen gelesen und verstanden habe
- wahrheitsgemäss und ehrlich auf die dort gestellten Fragen geantwortet habe
- die "wichtigen Informationen über HIV-Infektionen/AIDS" gelesen und verstanden habe
- alle Angaben und Antworten ehrlich und nach bestem Wissen und Gewissen gegeben habe
- nach erfolgter Aufklärung meine Einwilligung zur Weiterführung des Spendeprozesses gebe

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Datum:	_____
Unterschrift:	_____

Bestätigt durch:	_____
Datum:	_____
Unterschrift des(r)	_____
Krankenpflegers(erin)	_____
Und/oder	_____
des(r) Arztes(in)	_____

**IHRE PERSÖNLICHEN ANGABEN WERDEN STRENG VERTRAULICH BEHANDELT
UND UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT**

Coller ici une EBC