

Nimi

Luovutus mahdollista aikaisintaan

Luovutuspaikka ja -päivä

Hemoglobiini

Luovutusten määrä

Verenluovutuslomake

Ole hyvä ja täytä / tarkista vaaleanpunainen alue

Luovutuspaikka ja -päivämäärä

Sukunimi

Etunimi

Veriryhmä

Osoite

Henkilötunnus

Kieli (SU = suomi, SV = ruotsi)

Tyypitystiedot

Matkapuhelin

Muu mahdollinen puhelinnumero

Sähköposti

Paikat, joihin sinua voi kutsua:

Työpaikka

Minulle saa lähettää verenluovutuskutsuja ja tiedotteita Veripalvelusta

Kyllä Ei

Edellinen luovutus

Hb

Luovutusten määrä

Luovutuksen rajoitukset ja huomautukset

Luovuttajanumero

TARROJEN PAIKKA

Luovutusnumero

VA-seulonta

ASA

Ei JPL

Ei TRT

Hb

Fe

Luovutussoveltuvuus

Kyllä Ei

Verivaakaheiluri VLS-43309-

Afereesilaitte VLS-43303-
Afereesipussityyppi

Henkilökunnan kuittaus Aika

Status

Luovutustyyppi

Poistosyy

Potilaan ja verenluovuttajan turvallisuus on erittäin tärkeää

Täytä alla oleva terveydentilakysely huolellisesti ja rehellisesti. Antamasi tiedot ovat luottamuksellisia. Lomakkeen täyttämisen jälkeen Veripalvelun työntekijä haastattelee sinua. Älä luovuta verta saadaksesi itsesi testattua, sillä tuore tartunta ei näy testeissä.

Verenluovutuksen jälkeen

Ilmoita Veripalvelun maksuttomaan infopuhelimeen p. 0800 0 5801 tai verenluovutus@veripalvelu.fi, jos

- sairastut luovutuksen jälkeen tai
- sinulla todetaan koska tahansa myöhemmin jokin vakava tai veriteitse tarttuva sairaus.

Tervetuloa uudestaan verenluovutukseen!

Seuraa oman veriryhmäsi tilannetta osoitteessa www.veripalvelu.fi ja tule ainakin silloin, kun saat kutsun.

Terveydentilakysely

	Kyllä	Ei
1. Oletko terve ja oireeton?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oletko päihtynyt, krapulassa tai huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko sinulla ammatti tai harrastus, jossa huimaus voi aiheuttaa vaaratilanteen, esim. sukeltaminen tai lentäminen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Oletko viimeisen 2 viikon aikana ollut sairaana, käynyt lääkärissä tai hammashoidossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oletko viimeisen 2 viikon aikana käyttänyt jotakin lääkettä tai huumaavaa ainetta? Jos olet, mitä ja milloin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oletko lääkärin hoidossa tai seurannassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko sinut rokotettu viimeisen 4 viikon aikana? Minkä rokotteen sait?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Oletko viimeisen 4 kuukauden aikana	Kyllä	Ei
- ollut akupunktiossa tai kuppauksessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ottanut tatuoinnin tai ihopigmentoinnin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ottanut lävistyksen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- saanut piston käytetystä neulasta tai muuten altistunut toisen henkilön verelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ollut tähytystutkimuksessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Oletko viimeisen 6 kuukauden aikana ollut sairaalahoidossa tai leikkauksessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Oletko viimeisen 6 kuukauden aikana	Kyllä	Ei
- asunut Pohjoismaiden ulkopuolella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- matkustanut Pohjoismaiden ulkopuolella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Oletko	Kyllä	Ei
- syntynyt tai asunut alle 5-vuotiaana Pohjoismaiden ulkopuolella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- asunut tai vierailut malaria-alueella viimeisen 3 vuoden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sairastanut koskaan malariaa tai muuta trooppista sairautta (esim. Dengue tai Zika)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oletko	Kyllä	Ei
- oleskellut yhteensä yli 6 kk Britanniassa 1.1.1980–31.12.1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ollut leikkauksessa Britanniassa 1.1.1980 jälkeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oletko saanut	Kyllä	Ei
- verensiirtoa edellisen verenluovutuksen jälkeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- koskaan verensiirtoa Pohjoismaiden ulkopuolella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Onko sinulle tehty aivo- tai aivokalvo-leikkaus, kudus- tai elinsiirto (esim. sarveiskalvonsiirto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Oletko ennen vuotta 1990 käyttänyt kasvuhormonivalmistetta tai saanut hormonihoidon lapsettomuuteen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kyllä	Ei
16. Oletko itse tai onko seksikumppanisi koskaan käyttänyt ilman lääkärin määräystä neulalla pistettäviä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- huumeita tai huumaavia lääkkeitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anabolisia steroideja tai hormoneja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Onko sinulla tai lähisukulaisellasi todettu Creutzfeldt-Jakobin tauti (CJD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Onko sinulla koskaan ollut	Kyllä	Ei
- sydän- tai verisuonisairaus (kuten aivoverenkiertohäiriö, kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, rytmihäiriö, läppävika, veritulppa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sydänleikkaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- uniapnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vaikea allerginen reaktio tai astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pitkäaikainen ihosairaus (kuten atooppinen ihottuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tajuttomuus- tai kouristuskohtaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- syöpä tai muu kasvain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- veri-, keuhko-, maksa-, munuais- tai suolistosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verenvuototaipumus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- jokin muu pitkäaikainen tai vakava sairaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Oletko viimeisen 2 vuoden aikana käyttänyt suun kautta otettavia lääkkeitä aknen, psoriasisin tai eturauhasvaivojen hoitoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Onko itselläsi, seksikumppanillasi tai samassa taloudessa asuvalla henkilöllä ollut maksatulehdus (hepatiitti) tai HIV-tartunta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Oletko	Kyllä	Ei
- viimeisen 4 kk:n aikana sairastanut tai saanut hoitoa sukupuolitautiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- koskaan sairastanut kuppaa (syfilitä)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Onko sinulla viimeisen 4 kuukauden aikana ollut uusi seksikumppani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Oletko itse tai onko seksikumppanisi viimeisen 12 kuukauden aikana maksanut tai saanut maksua seksistä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Kysymykset naiselle:	Kyllä	Ei
- Oletko ollut raskaana viimeisen 6 kuukauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Oletko ollut raskaana edellisen verenluovutuksen jälkeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Imetätkö?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Onko sinulla miespuolinen seksikumppani, joka on ollut seksikontaktissa miehen kanssa viimeisen 12 kk:n aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Kysymys miehelle:	Kyllä	Ei
Onko sinulla koskaan ollut seksikontaktia miehen kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Jos vastasit kyllä: Oletko ollut seksikontaktissa miehen kanssa viimeisen 12 kk:n aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Kyllä En
- Olen lukenut ja ymmärtänyt verenluovuttajan tietopaketin ja ymmärtänyt verenluovutuksen edellytykset.
 - Vakuutan, että olen vastannut kysymyksiin totuudenmukaisesti ja parhaan tietoni mukaan.
 - Annan Veripalvelulle luvan käyttää veriryhmätietojani, jos niitä joskus tarvitaan omassa hoidossani.

Hoitajan
allekirjoitus: _____

Verenluovuttajan
allekirjoitus: _____