

# Verenluovutuslomake

Ole hyvä ja täytä vaaleanpunainen alue

Luovutuspaikka ja päivämäärä \_\_\_\_\_

Sukunimi \_\_\_\_\_ Etunimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_ Luovuttajanumero \_\_\_\_\_ Veriryhmä \_\_\_\_\_

Osoite ja postinumero \_\_\_\_\_

Matkapuhelin \_\_\_\_\_

Minulle saa lähettää kutsuja

Kyllä  Ei  Kirje, kortti  Tekstiviestit  Puhelu

Lisätiedot:

\_\_\_\_\_

Luovutusnumero

\_\_\_\_\_

VA-seulonta

ASA

Ei JPL

Ei TRT

Hb

Lisärauta

Luovutussoveltuvuus  Kyllä  Ei

Afereesilaite VLS-43303-

Hoitaja \_\_\_\_\_ Aika \_\_\_\_\_

Luovutustyyppi

Poistosyy

## Terveyskysely

	Kyllä	Ei
1. Tunnetko vointisi hyväksi?		
2. Onko sinulla ammatti tai harrastus, jossa huimaus voi aiheuttaa vaaratilanteen, esim. sukeltaminen tai lentäminen?		
3. Oletko oleskellut yhteensä yli 6 kk Britanniassa 1.1.1980–31.12.1996?		
4. Onko sinulle tehty aivo- tai aivokalvoleikkaus, kudos- tai elinsiirto (esim. sarveiskalvonsiirto)?		
5. Oletko ennen vuotta 1990 käyttänyt kasvuhormonivalmistetta tai saanut Suomen ulkopuolella hormonihoitoa lapsettomuuteen?		

	Kyllä	Ei
6. Onko sinulla tai lähisukulaisellasi todettu Creutzfeldt-Jakobin tauti (CJD)?		
7. Oletko itse tai onko seksikumppanisi koskaan käyttänyt ilman lääkärin määräystä neulalla pistettäviä - huumeita - huumaavia lääkkeitä - anabolisia steroideja tai - hormoneja?		
8. Onko sinulla koskaan ollut syöpä tai jokin aivokasvain?		
9. Onko lääkäri koskaan todennut sinulla veren- vuototautia?		

Kyllä Ei

10. Onko itselläsi, seksikumppanillasi tai samassa taloudessa asuvalla henkilöllä ollut maksatu-lehdus (hepatiitti) tai HIV-tartunta?		
11. Oletko koskaan sairastanut malariaa tai muuta trooppista sairautta (esim. Dengue, Zika, epäselvä kuumeilu)?		
12. Oletko syntynyt tai asunut alle 5-vuotiaana Pohjoismaiden ulkopuolella?		
12.1 Oletko asunut tai vierailut malaria-alueella viimeisen 3 vuoden aikana?		
13. Oletko koskaan saanut verensiirtoa?		
13.1 Oletko saanut verensiirron edellisen verenluovutuksen jälkeen?		
13.2 Oletko saanut koskaan verensiirtoa Pohjois-maiden ulkopuolella?		
14. Oletko ollut leikkauksessa Britanniassa 1.1.1980 jälkeen?		
15. Onko sinulle joskus tehty sydänleikkausta?		
16. Onko sinulla	Kyllä	Ei
16.1 - diabetes?		
16.2 - vaikea-asteinen uniapnea?		
16.3 - joskus ollut vaikea allerginen reaktio (ana-fylaksia), tai onko sinulla vaikea astma?		
16.4 - pitkäaikainen ihosairaus (kuten vaikea atooppinen ihottuma)?		
16.5 - ollut viimeisen 3 vuoden sisällä tajuttomuus-tai kouristuskohtaus tai oletko käyttänyt sellaisen estoon lääkitystä?		
16.6 - veri-, keuhko-, maksa-, munuais-, tai suolistosairaus?		
16.7 - jokin muu pitkäaikainen tai vakava sairaus?		
17. Onko sinulla nyt tai joskus ollut sydän- tai verisuonisairaus (aivoverenkiertohäiriö, kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, rytmihäiriö, läppävika, veritulppa tms.)?		
18. Oletko viimeisen 2 vuoden aikana käyttänyt suun kautta otettavia lääkkeitä aknen, psoriasiksen tai eturauhasvaivojen hoitoon?		

Vain miehille:

Kyllä Ei

19. Onko sinulla koskaan ollut seksikontaktia miehen kanssa?		
<b>Jos vastasit edelliseen kyllä, niin</b>		
19.1 Oletko ollut seksikontaktissa miehen kanssa viimeisen 12 kuukauden aikana?		

Kyllä Ei

21. Oletko itse tai onko seksikumppanisi viimeisen 12 kuukauden aikana maksanut tai saanut maksua seksistä?		
22. Oletko viimeisen 6 kuukauden aikana ollut sairaalahoidossa tai leikkauksessa?		
23. Oletko viimeisen 6 kuukauden aikana matkustanut tai asunut Pohjoismaiden ulkopuolella?		
26.1 Oletko ollut akupunktiossa tai kuppauksessa viimeisen 4 kuukauden aikana?		
26.2 Oletko ottanut tatuoinnin, ihopigmentoinnin tai lävistyksen viimeisen 4 kuukauden aikana?		
26.3 Oletko saanut piston käytetystä neulasta tai muuten altistunut toisen henkilön verelle viimeisen 4 kuukauden aikana?		
26.4 Oletko ollut tähytystutkimuksessa viimeisen 4 kuukauden aikana?		
	Kyllä	Ei
27. Onko sinulla viimeisen 4 kuukauden aikana ollut uusi seksikumppani?		
28. Oletko viimeisen 4 kuukauden aikana sairastanut tai saanut hoitoa sukupuolitautiin?		
29. Oletko koskaan sairastanut kuppaa (syfilistä)?		
30. Onko sinut rokotettu viimeisen 4 viikon aikana?		
31. Oletko lääkärin hoidossa tai seurannassa?		
32. Oletko viimeisen 2 viikon aikana - ollut sairaana, - käynyt lääkärin tai hoitajan vastaanotolla, - käynyt hammashoidossa?		
33. Oletko viimeisen 2 viikon aikana käyttänyt jotakin - lääkettä tai - huumaavaa ainetta?		
34. Olen tietoinen, että en voi luovuttaa verta päihtyneenä, krapulassa tai huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena.		

Vain naisille:

Kyllä Ei

20. Onko sinulla miespuolinen seksikumppani, joka on ollut seksikontaktissa miehen kanssa viimeisen 12 kuukauden aikana?		
24. Oletko ollut raskaana viimeisen 6 kuukauden aikana tai imetätkö?		
25. Oletko ollut raskaana edellisen verenluovutuksen jälkeen?		

- Olen lukenut ja ymmärtänyt verenluovuttajan tietopaketin. Ymmärrän verenluovutuksen edellytykset ja tarjoudun vapaaehtoisesti luovuttajaksi.
- Vakuutan, että olen vastannut kysymyksiin totuudenmukaisesti ja parhaan tietoni mukaan.

Kyllä En


Hoitajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Verenluovuttajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_