

Ankieta 10.4. Ankieta służąca do analizy potencjalnych źródeł zakażenia u dawców niedawno zakażonych HCV, HBV i HIV (dawcy wielokrotni oraz zakażeni w tzw. „okienku serologicznym”) opracowana przez Zakład Wirusologii IHiT i Zakład Epidemiologii PZH-NIZP na podstawie Orton SL. i wsp. Transfusion 2004.

### Rozszerzona ankieta epidemiologiczna (10.1)

Informacja o ankiecie:

- jest skierowana wyłącznie do dawców krwi, u których wykryto wczesne zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C, B lub HIV oraz dawców niezakażonych należących do grupy kontrolnej a jej celem jest poprawa bezpieczeństwa pobieranej krwi
- jest całkowicie anonimowa, a jej wypełnienie nie zajmuje dłużej niż 10 minut
- w pytaniach można wybrać tylko jedną odpowiedź (np. przez zakreślenie kwadratu ‘tak’ lub ‘nie’); w kilku pytaniach proszeni są Państwo również o udzielenie krótkich informacji.

Bardzo dziękujemy za udzielanie szczerych i prawdziwych odpowiedzi. Wiarygodność udzielanych informacji jest bardzo ważna w ustaleniu właściwego sposobu kwalifikowania do oddawania krwi/kandydatów na dawców krwi.

Data wypełnienia ankiety: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
dzień / miesiąc / rok

#### CHARAKTERYSTYKA DAWCY KRWI

Data urodzenia: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
dzień / miesiąc / rok

Płeć:  mężczyzna  kobieta

Kod pocztowy miejsca zamieszkania: \_\_/\_\_\_\_

Wykształcenie:  podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe  inne

jeśli **INNE**, jakie: .....

## Dane epidemiologiczne

Czy w okresie **12 miesięcy poprzedzających donację (oddanie krwi)** Pan / Pani:

|   | <b>TAK</b>               | <b>NIE</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. miał/a transfuzję krwi lub otrzymywał/a preparaty krwiopochodne?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. miał/a transplantację narządów, tkanek lub szpiku?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. miał/a zabieg chirurgiczny lub operacyjny?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. miał/a zabieg stomatologiczny lub leczył się u stomatologa?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. miał/a inny zabieg medyczny np. gastrologiczny (gastroskopia, kolonoskopia), ginekologiczny, dializy itp.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>jeśli TAK</b> , jaki: .....  |                          |                          |
| 6. jest lub był/a zatrudniony/a na stanowisku przy którym możliwy jest kontakt z krwią np. diagnosta laboratoryjny, pielęgniarz, lekarz, służby mundurowe itp.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>jeśli TAK</b> , na jakim: .....  |                          |                          |
| 7. przypadkowo zakłuł/a się używaną igłą do iniekcji?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. miał/a inny, przypadkowy kontakt z cudzą krwią? (udział w bójce, udzielenie pomocy rannemu)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>jeśli TAK</b> , jaki: .....  |                          |                          |
| 9. przyjmował/a sterydy anaboliczne drogą iniekcji (zastrzyków)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>jeśli TAK</b> , czy korzystał/a Pan/i ze strzykawki lub igły poprzednio używanej przez inną osobę?   |                          |                          |
| 10. przyjmował/a narkotyki drogą dożylną (zastrzyków)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>jeśli TAK</b> , czy korzystał/a Pan/i ze strzykawki lub igły poprzednio używanej przez inną osobę?   |                          |                          |
| 11. miał/a wykonywany tatuaż?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. miał/a wykonywane przekłucie ciała?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. miał/a wykonywany inwazyjny (np. z użyciem igły) zabieg kosmetyczny?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. miał/a wykonywany manicure lub pedicure?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   | TAK                      | NIE                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 15. golił/a głowę u fryzjera?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. używał/a z drugą osobą tych samych nożyków do golenia lub tej samej elektrycznej maszynki do golenia / depilacji? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. miał/a więcej niż jednego partnera seksualnego/partnerkę seksualną?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jeśli TAK, proszę podać ich liczbę.....   |                          |                          |
| 18. świadczył/a płatne usługi seksualne   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. miał/a parnerów seksualnych tej samej płci?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. miał/a kontakt seksualny z osobą świadcząca płatne usługi seksualne?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jeśli TAK, czy zawsze używał/a Pan/i prezerwatyw?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. miał/a kontakt seksualny z osobą przyjmującą narkotyki drogą dożylną (zastrzyków)?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jeśli TAK, czy zawsze używał/a Pan/i prezerwatyw?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. miał/a kontakt seksualny z mężczyzną mającym kontakty seksualne z mężczyznami?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jeśli TAK, czy zawsze używał/a Pan/i prezerwatyw?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. miał/a kontakt seksualny z osobą zakażoną HIV?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. miał/a kontakt seksualny z osobą zakażoną wirusowym zapaleniem wątroby?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. miał/a rozpoznaną lub leczył/a się na chorobę przenoszoną drogą płciową np. kiłę, rzeżączkę, chlamydiozę itp.?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. mieszkał/a z osobą zakażoną wirusowym zapaleniem wątroby?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. przebywał/a w kraju innym niż Polska (przez dłużej niż 24 godziny?)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jeśli TAK, w jakim kraju: .....jak długo.....   |                          |                          |
| 28. był/a w zakładzie zamkniętym?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   | TAK                      | NIE                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 29. Czy Pana/Pani partner seksualny (z okresu 12 miesięcy poprzedzających donację) na któreś z wyżej wymienionych pytań (pytania od nr 1 do nr 26) odpowiedziałby twierdząco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

jeśli TAK, proszę wymienić numery tych pytań: .....

Czy kiedykolwiek Pan/Pani:

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 30. miał/a rozpoznane zapalenie wątroby                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. przyjmował/a narkotyki drogą dożylną                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. korzystał/a z, lub świadczył płatne usługi seksualne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. był/a w zakładzie zamkniętym?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Kwestionariusz wypełniałem/am sam/a            | <input type="checkbox"/> |
| Kwestionariusz wypełniał ankieter              | <input type="checkbox"/> |
| Ankieter pomagał w wypełnieniu kwestionariusza | <input type="checkbox"/> |

Uwagi osoby wypełniającej ankietę, ewentualne przypuszczenia dawcy co do źródła zakażenia:

.....

.....

.....

## WYPEŁNIA PLACÓWKA SŁUŻBY KRWI

Data wypełnienia ankiety:

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

dzień / miesiąc / rok

Placówka Służby Krwi: .....

Imię i nazwisko ankietera: .....

Tel. kontaktowy: .....

Data donacji: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

dzień / miesiąc / rok

Rodzaj donacji: .....

Nr donacji: .....

Miejsce poboru krwi:  ambulans (autobus) do poboru krwi  centrum

ALT donacji: .....

Wykryty marker:

anty-HCV

Tak Nie

RNA HCV

HCVcAg

HBsAg

DNA HBV

anty-HIV1/2

RNA HIV

bez markerów

Typ dawcy:

pierwszorazowy

wielokrotny

**jeśli DAWCA WIELOKROTNY, proszę podać  
informację o ostatniej prawidłowej donacji**

Data donacji: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

dzień / miesiąc / rok

Rodzaj donacji: .....

Nr donacji: .....