

VERTROULIKE SKENKERVRAELYS

SKENKERETIKET

--

DATUMSTEMPEL

--

REEKSNOMMER

--

Afdeling 1 | Persoonlike Besonderhede

As jy vandag vir die eerste keer bloed skenk: Voltooi al die afdelings van die vraelys.

As jy gereeld bloed skenk: Voltooi hierdie afdeling slegs as jou persoonlike besonderhede verander het.

Omkring asseblief die relevante antwoorde waar van toepassing, bv.

<input checked="" type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE
-------------------------------------	---------------------------

VAN:						VOORNAAM:															
TITEL:	Prof	Dr	Mnr	Mev	Me	Manlik						Vroulik									
GEBOORTEDATUM:	D	D	M	M	J	J	J	J	OUDERDOM:	RSA ID-NOMMER:											
HUIS-/POSADRES:																					
POSKODE:																					
EPOS ADRES:																					
TAAL:	Engels				Afrikaans				ETNIESE GROEP:	Asiaties	Swart	Bruin	Wit								
PLEK WAAR JY SOU VERKIES OM TE SKENK:																					
Ek gee hiermee toestemming om kennisgewings en herinneringe van WKB te ontvang.												Ja			Nee						
Indien ja, omkring een (of meer) van die volgende.												SMS		Telefoniese oproep			Epos				
<p>Ek verstaan dat alle oproepe wat ek van WKB ontvang, vir kwaliteitsdoeleindes opgeneem sal word.</p> <p>Ek verstaan dat, alhoewel ek hierin aangedui het watter kommunikasiem metode(s) ek verkies, WKB my na my eerste skenking telefonies sal kontak.</p> <p>Ek verstaan dat ek my toestemming enige tyd kan onttrek deur WKB te kontak.</p> <p>Ek verstaan dat ek die WKB-nuusbrief sal ontvang indien ek epos gekies het.</p>																					
Ek verklaar hiermee dat ek as 'n bloedskenker wil registreer.									SKENKER SE HANDTEKENING:						DATUM:						

 **Jou 1 skenking kan tot 3 lewens red. Dankie dat jy vandag bloed skenk!**

Slegs vir kantoorgebruik:

STATKODE:	PANEELKODE:	ONTVANGSPERSOON SE HANDTEKENING:															
UITSTELLINGS:																	
GESKENK ONTVANG:																	
SKENKER SE HANDTEKENING:																	
Heg die Malaria-etiket aan die bloedpak tot (datum):																	
SKENKERKODE:																	

Omkring die relevante antwoorde, bv.

JA NEE

[Empty box for date stamp]

[Empty box for series number]

V1. Gaan jy by enige van die volgende aktiwiteite betrokke wees?		
Openbare- of swaardiensvoertuig bestuur, werk op stellasies, of kraggereedskap gebruik binne die volgende 24 uur?	JA	NEE
Valskermspring, diepseeduik, 'n vliegtuig vlieg of bergklim binne die volgende 3 dae?	JA	NEE
Aan 'n groot sportbyeenkoms deelneem (bv. vol marathon of 'n fietsresies van meer as 100 km) binne die volgende 7 dae?	JA	NEE
'n Chirurgiese prosedure binne die volgende 6 weke ondergaan?	JA	NEE
V2. In die afgelope 3 dae:		
Het jy enige pynstillers, anti-inflammatoriese medikasie of aspirien (insluitend Ecotrin) geneem?	JA	NEE
V3. In die afgelope 7 dae:		
Het jy verkoue, griep, keelseer, koors, infeksie, 'n oop wond of allergie-probleme gehad?	JA	NEE
Was jy by 'n tandarts?	JA	NEE
Het jy akupuntuur, Botox of droënaaldterapie ondergaan?	JA	NEE
V4. In die afgelope 30 dae:		
Het jy diarree gehad of opgebring, en indien wel, was dit vir langer as 24 uur?	JA	NEE
Het jy 'n immunisering of inenting gehad?	JA	NEE
V5. In die afgelope 3 maande:		
Het jy enige medikasie (tradisionele geneesmiddels ingesluit), per inspuitings of per mond geneem?	JA	NEE
Was jy in 'n hospitaal opgeneem of het jy 'n chirurgiese prosedure in 'n dokter se spreekkamer ondergaan?	JA	NEE
V6. In die afgelope jaar:		
Het jy aan 'n medisyne- of entstofproeflopie, of kliniese navorsing deelgeneem?	JA	NEE
V7. In die afgelope 2 jaar:		
Het jy enige medikasie vir die behandeling van aknee, epilepsie, haarverduinning, prostaatprobleme, rumatoïede artritis, of bloedverduinning geneem?	JA	NEE
V8. Het jy al ooit een van die volgende gehad?		
Probleme met die hart (bv. stent), longe, bloedsomloop (bv. bloedklonte), of 'n bloeding siekte?	JA	NEE
Stuiptrekkings, epilepsie of beroerte?	JA	NEE
Kanker, velkanker (melanoom, basale selkarsinoom, plaveiselkarsinoom) of leukemie?	JA	NEE
Diabetes, asma, tuberkulose (TB) of 'n nierkwaal?	JA	NEE
Enige ernstige siektes, ernstige allergiese reaksies, tropiese siektes, of medikasie gebruik wat nie reeds genoem is nie?	JA	NEE
V9. Het jou dokter jou al ooit aangeraai om vir mediese redes bloed te skenk om toestande soos hoë yster, 'dik bloed', polisitemie of hemochromatose te behandel?		
	JA	NEE
V10. Hepatitis:		
Het jy al ooit geelsug, hepatitis of lewerprobleme gehad, of na die ouderdom van 13 positief getoets vir hepatitis?	JA	NEE
Het jy in die afgelope 3 maande seksuele kontak gehad, of gebly saam met iemand wat hepatitis (geelsug) het?	JA	NEE
V11. Reis geskiedenis:		
Het jy of jou seksmaat die afgelope 3 maande buite Suid-Afrika gereis?	JA	NEE
V12. Malaria:		
Het jy in die afgelope 3 jaar malaria gehad?	JA	NEE
Was jy die afgelope 3 maande in 'n malaria-gebied?	JA	NEE
Het jy in 'n malaria-gebied of land grootgeword (insluitend Zimbabwe, Botswana of Swaziland)?	JA	NEE
Indien 'ja', was jy in die afgelope 3 jaar in enige malaria-gebied?	JA	NEE
V13. Variant Creutzfeldt-Jakob siekte (vCJD) – ook bekend as malkoeisiekte:		
Het jy al ooit neurochirurgie of 'n dura mater (breinoordekking)-oorplanting ondergaan, óf 'n pituitêre groeiormoon geneem?	JA	NEE
Het jy of jou seksmaat al ooit 'n weefsel-, kornea- of orgaanoorplanting ondergaan?	JA	NEE
Het jy vir 'n totaal van 12 maande of langer tussen Jan. 1980 en Des. 1996 in die Verenigde Koninkryk gewoon?	JA	NEE
V14. Slegs vir vroue		
Is jy tans swanger of ondergaan jy vrugbaarheidsbehandeling?	JA	NEE
Het jy in die afgelope 3 maande 'n baba, miskraam of aborsie gehad?	JA	NEE
Borsvoed jy op die oomblik?	JA	NEE

PERSONEEL AFDELING

SKENKERETIKET

DATUMSTEMPEL

REEKSNOMMER

Afdeling 3 | Leefstyl Vraelys

Omkring die relevante antwoorde, bv.

 JA NEE

Hierdie vrae is van 'n sensitiewe aard. Die term 'seksueel' verwys na orale, vaginale en anale seks.

V1. Het jy al ooit:

Positief getoets vir MIV?	JA	NEE
Jouself ingespuut of is jy ingespuut met liggaamsbou-dwelms?	JA	NEE
Jouself ingespuut of is jy ingespuut met dwelms vir ontspannings-/partytjiedoeleindes, of 'straat dwelms'?	JA	NEE

V2. In die afgelope 3 maande, het jy:

Tatoëring, gaatjies enige plek op jou lyf, geuttrek (cupping), of permanente grimering laat aanbring?	JA	NEE
Raaitib, rituele skending of rituele besnydenis ondergaan, 'n steekwond opgedoen, of deelgeneem aan bloedvermenging?	JA	NEE
'n Naaldprik of ander veldeurdringende besering gehad; oogspat of velkontak met 'n ander persoon se bloed gehad?	JA	NEE

V3. In die afgelope 3 maande, het jy of jou seksmaat:

'n Bloedontapping gehad of enige tipe bloedprodukt ontvang?	JA	NEE
Dwelms vir ontspannings-/partytjiedoeleindes, of 'straat dwelms' (insluitend dagga) per neus of mond gebruik?	JA	NEE
Anti-retrovirale (ARVs) medikasie ter behandeling van MIV, of ter voorkoming van MIV (bv. PrEP of PEP) gebruik?	JA	NEE
Enige seksueel-oordraagbare siektes opgedoen, insluitend genitale herpes, sifilis, gonorreë (druiper) of menslike papilloomvirus?	JA	NEE

V4. In die afgelope 3 maande (met of sonder 'n kondoom):

Het jy seksuele kontak met 'n nuwe persoon gehad?	JA	NEE
Het jy seksuele kontak met meer as een persoon gehad?	JA	NEE
Het jou seksmaat seksuele kontak met meer as een persoon gehad?	JA	NEE
Het jy seksuele kontak gehad met iemand wat MIV positief getoets is?	JA	NEE
Het jy seksuele kontak gehad met iemand wat geld, dwelms, of ander gunste vir seks ontvang?	JA	NEE
Het jy geld, dwelms of ander gunste vir seks ontvang, of is jy 'n sekswerker?	JA	NEE
Is jy seksueel aangerand?	JA	NEE

PERSONEEL AFDELING

Lees en teken asseblief die Verklaring en Toestemming voor jy bloed skenk.

Verklaring

- Ek bevestig dat ek 16 jaar of ouer is.
- Ek bevestig dat ek 'Belangrike Inligting vir Skenkers' en WKB se Privaatheidsverklaring gelees het, en ek verstaan en aanvaar die skenkingsproses en -risiko's soos aan my verduidelik.
- Sover my kennis strek, is al die inligting wat ek verskaf het waar. Ek verstaan dat as ek hierdie vrae nie eerlik beantwoord het nie, dit 'n pasiënt se lewe in gevaar kan stel en tot regstappe teen my kan lei.
- Ek onderneem dat indien ek om enige rede my bloed nie veilig ag vir gebruik nie, ek onmiddellik die WKB in kennis sal stel.

Toestemming

- Ek stem in dat my bloed getoets mag word vir bloedgroep, sifilis, hepatitis B, hepatitis C en MIV, asook addisionele toetse wat myself of 'n pasiënt se veiligheid sal verseker.
- Ek verstaan dat ek gekontak mag word as enige toetsuitslag belangrik vir my gesondheid is, of my geskiktheid om bloed te skenk beïnvloed.
- Ek gee toestemming dat my toetsuitslae, persoonlike inligting, en spesiale persoonlike inligting op 'n streng vertroulike wyse vir tydperke in ooreenstemming met WKB se beleid, Privaatheidsverklaring en wetlike vereistes bewaar word.
- Ek gee toestemming dat monsters van my bloed en/of skenkingdata anoniem gebruik mag word vir wetenskaplike navorsing, met die spesifieke doel om die veiligheid van die bloedvoorraad en skenker gesondheid en -welstand te verbeter, en dat WKB navorsers my per geleentheid mag kontak om addisionele monsters van my bloed, met my uitdruklike toestemming, te versoek.
- Ek gee toestemming dat my bloedprodukte of -monsters gebruik mag word ter voorbereiding van diagnostiese reagentse vir bloedbanke en verwante laboratoria, en vir die vervaardiging van plasma-afgeleide medisyne wat vervaardig word deur die Nasionale Instituut vir Bioprodukte.
- Ek stem in tot mediese versorging (insluitend die administrasie van vloei-stowwe en medikasie) in die geval van, of as voorkoming van, 'n onvoorsiene skenkerreaksie.

NAAM EN VAN:

HANDTEKENING:

RSA ID-NOMMER / BUITELANDSE PASPOORTNOMMER:

SELFOONNOMMER:

VIR KANTOORGEbruik:

Onderhoud gedoen

 JA

 NEE

Handtekening (Onderhoudvoerder):

SLEGS VIR KANTOORGEBRUIK

(vir voltooiing deur kliniek personelede)

SKENKERETIKET

--

DATUMSTEMPEL

--

REEKSNOMMER

--

VOOR-SKENKING WAARNEMINGS

Hb:	g/dL	Teken:	Bloeddruk:	Polsslag:	Reëlmatig	Onreëlmatig	Teken:
-----	------	--------	------------	-----------	-----------	-------------	--------

SKENKING-PROSEDURE

Skenker opgestel deur: (teken)	HemoFlow masjiennommer:
Monsters geneem deur: (teken)	Flebotomis nommer 1: (teken)
Naald verwyder deur: (teken)	Flebotomis nommer 2: (naald weer ingesit) (teken)

YSTER-VERVANGING

Yster-vervangingstablette geneem:	Ja	Nee	Lotnommer:	Vervaldatum:
-----------------------------------	----	-----	------------	--------------

Uitgegee deur 'n professionele verpleegkundige:
(naam en handtekening)

ONGUNSTIGE SKENKER REAKSIES (omkring asseblief die antwoord)

Flou geval:	Onmiddelik (voor die skenker die kliniek verlaat het)	Agterna (na die skenker die kliniek verlaat het)	Lig	Matig	Ernstig*
-------------	--	---	-----	-------	----------

* Indien 'Ernstig' gemerk vul al die volgende inligting in:

Sweet:	Ja	Nee	Bewussynsverlies:	Ja	Nee	Opbring:	Ja	Nee	Bloeddruk:	Polsslag:
Medikasie toegedien:	Ja	Nee	IV Terapie:	Ja	Nee					
Tipe: Lotnommer: Vervaldatum:						Tipe: Lotnommer: Vervaldatum:				

Hematoom:	Lig	Matig	Ernstig	Ongeluk:	Onmiddelik (voor die skenker die kliniek verlaat het)	Agterna (na die skenker die kliniek verlaat het)
Vertraagde bloeding: (skenker keer terug na hul die kliniek verlaat het)				Sitraat reaksie:		

BESONDERHEDE / KOMMENTAAR

--

VRAELYS NAGEGAAN BY DIE EINDE VAN DIE KLINIEK

Nagegaan deur: _____ Handtekening: _____