



ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

10 Ιανουαρίου 2022

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 36

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. Γ.Π. οικ. 900

Καθορισμός περιεχομένου εντύπου «Ιστορικό αιμοδότη».**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ
Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α. Του π.δ. 138/2005 «Εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς την οδηγία 2004/33/ΕΚ της Επιτροπής της 22α Μαρτίου 2004 "για την εφαρμογή της οδηγίας 2002/98/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου όσον αφορά ορισμένες τεχνικές απαιτήσεις για το αίμα και τα συστατικά του αίματος"» (Α' 195) και

β. της περ. 23 της παρ. 2 του άρθρου 4 του ν. 3402/2005 «Αναδιοργάνωση του συστήματος αιμοδοσίας και λοιπές διατάξεις» (Α' 258).

2. Την υπό στοιχεία Α8/2058/90/17.01.1991 απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «Καθορισμός των προϋποθέσεων λήψης, κατεργασίας, συντήρησης και διάθεσης του αίματος και των παραγώγων του» (Β' 35).

3. Την υπό στοιχεία Α3β/3663/01.04.2015 κοινή απόφαση του Υπουργού και Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας «Έγκριση περιεχομένου εντύπων "Ιστορικό αιμοδότη" και "Επιπλοκές που σχετίζονται με την αιμοληψία"» (Β' 959).

4. Την υπό στοιχεία Α3β/οικ.58824/02.08.2016 κοινή υπουργική απόφαση των Αναπληρωτών Υπουργών Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, Υγείας και Οικονομικών «Οργανισμός του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας (Ε.ΚΕ.Α.)» (Β' 2597).

5. Το π.δ. 121/2017 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (Α' 148).

6. Τον ν. 4622/2019 «Επιτελικό Κράτος: οργάνωση, λειτουργία και διαφάνεια της Κυβέρνησης, των κυβερνητικών οργάνων και της κεντρικής δημόσιας διοίκησης» (Α' 133).

7. Το π.δ. 68/2021 «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτή Υπουργού και Υφυπουργών» (Α' 155).

8. Την υπό στοιχεία Υ32/9.9.2021 απόφαση του Πρωθυπουργού «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στην Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας, Ασημίνα Γκάγκα» (Β' 4185).

9. Την υπό στοιχεία Α.Π./6763/14.12.2021 εισήγηση - πρόταση της Συμβουλευτικής Επιτροπής Αιμοδοσίας, αναφορικά με την επικαιροποίηση του κειμένου αυτοαποκλεισμού του εντύπου ιστορικού αιμοδότη, την οποία αποδεχόμαστε, πλην των σημείων - προτεινόμενων αλλαγών με αύξ. αρ. 1), 2).

10. Την υπό στοιχεία Α.Π./6868/17.12.2021 απόφαση Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας.

11. Την υπ' αρ. 897/10-01-2022 εισήγηση, της περ. ε της παρ. 5 του άρθρου 24 του ν. 4270/2014 (Α' 143), του Προϊσταμένου της Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την οποία από την έκδοση της παρούσας δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

12. Την ανάγκη αποσύνδεσης των κριτηρίων αποκλεισμού από την αιμοδοσία, από τον σεξουαλικό προσανατολισμό των υποψηφίων αιμοδοτών, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Το περιεχόμενο του εντύπου ιστορικού αιμοδότη / αιμοδότης καθορίζεται ως εξής:



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημ/νια:

Barcode

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>
Πατρώνυμο:	<input type="text"/>	Μητρώνυμο:	<input type="text"/>
Ημ/νια γέννησης:	<input type="text"/>	Φύλο:	<input type="text"/> Ο Άρρεν / <input type="text"/> Ο Θήλυ
Τόπος γέννησης (Χώρα – Περιφέρεια):	<input type="text"/>	Μορφωτικό επίπεδο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση (οδός – αρ.):	<input type="text"/>	Γ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>
Τηλ.:	<input type="text"/>	Κίν.:	<input type="text"/>
		Email:	<input type="text"/>
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:	<input type="text"/>	ΑΜΚΑ:	<input type="text"/>

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

<input type="checkbox"/> 1. Εθελοντικά	
<input type="checkbox"/> 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4. Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: <input type="text"/>
	Νοσοκομείο νοσηλείας: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον)	

ΠΡΟΣΟΧΗ – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

1. Όποιος/α είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
2. Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
3. Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
4. Όποιος ή όποια είχε πάρει Prgp/Trunada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστοιχα.
5. Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex)
6. Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C
7. Ερωτικοί, ερωτικές συντρόφοι πολυμεταγινόμενων ατόμων
8. Γενικό όποιος ή όποια νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS ή κίνδυνο για άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον Ιατρό της Αιμοδοσίας.

ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη επιβεβαιώθηκαν από: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

<input type="checkbox"/> 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	<input type="checkbox"/> 2. Αστυνομική Ταυτότητα	<input type="checkbox"/> 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
<input type="checkbox"/> 4. Διαβατήριο	<input type="checkbox"/> 5. Βιβλιόριο Υγείας	<input type="checkbox"/> 6. Άδεια Οδήγησης
<input type="checkbox"/> 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημοσίου εγγράφου:		

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Εχετε δώσει αίμα άλλη φορά;	ΝΑΙ: <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ: <input type="checkbox"/>	Πότε δώσατε τελευταία φορά:	<input type="text"/>
Εχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	<input type="checkbox"/>
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>
Είχατε ποτέ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τις τελευταίες 5 ημέρες έπαιξε σπρίντ;	<input type="checkbox"/>
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδεύσατε στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία/Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	<input type="checkbox"/>
Ανομία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών σφαλιδιών);	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΚΑΝΑΤΕ:	<input type="checkbox"/>
Αποθρομβία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξονυχική ή θεραπεία δοντού την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλιο την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>
Προκαρδιαίους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγγώντων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>
Διαβήτης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τσιτουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμός;	<input type="checkbox"/>
Ρευματωειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	<input type="checkbox"/>
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάποια πληγή ή αμυχή των δερματός σας ή βλεννογόνας του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	<input type="checkbox"/>
Ποθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μήγκας μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	<input type="checkbox"/>
Χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ποθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

• Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβάω στη διαδικασία αιμοδοσίας.

• Βεβαιώνω ότι το αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας για κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.

• Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.

• Δηλώνω ότι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.

• Παρέχω ρητό με το παρόν τη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2 β και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιήθηκε ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επικύρωση των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόσβαση αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Ο/Η Αιμοδότης

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστολ): mm/Hg Σφύξεις: /min Θερμοκρασία: °C Βάρος: Kg

Αιματοκρίτης: % Αιμοσφαιρίνη: gr/dl Ύψος: m

Δότης: Ολικού αίματος / Αιμοπεταλίων

Γενική Εντύπωση:

Ο/Η ενεργήσας την επιλογή

Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ / <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			
ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)			
Αιτίες αποκλεισμού:			
Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:			
ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)			
Τύπος χρησιμοποιηθέντος ασκού αιμοληψίας:	<input type="checkbox"/> Διπλός <input type="checkbox"/> Τριπλός <input type="checkbox"/> Τετραπλός	<input type="checkbox"/> Παιδιατρικός <input type="checkbox"/> Λευκαφαιρέμενος	Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

Άρθρο 2 Έναρξη ισχύος

Η έναρξη ισχύος της παρούσας αρχίζει από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Από την έναρξη ισχύος της παρούσας καταργείται κάθε αντίθετη διάταξη απόφασης, ρυθμίζουσα συναφή θέματα.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 10 Ιανουαρίου 2022

Ο Υπουργός

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΛΕΥΡΗΣ

Η Αναπληρώτρια Υπουργός

ΑΣΗΜΙΝΑ ΓΚΑΓΚΑ