



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, Αναπληρωτών Υπουργών 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 / αιμοδότριας καθορίζεται ως εξής:



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημ/νία:

Barcode

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:				Όνομα:			
Πατρώνυμο:				Μητρώνυμο:			
Ημ/νία γέννησης:	___/___/___			Φύλο:	Ο Άρρεν / Ο Θήλυ		
Τόπος γέννησης (Χώρα – Περιφέρεια):				Μορφωτικό επίπεδο:			
Διεύθυνση (οδός – αρ.):				Τ.Κ. - Πόλη:			
Τηλ.:		Κιν.:		Email:			
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:				ΑΜΚΑ:			

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

☐ 1. Εθελοντικά	
☐ 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
☐ 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
☐ 4. Για Ασθενή	Ονοματεπώνυμο ασθενή: _____ Νοσοκομείο νοσηλείας: _____
☐ 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: _____
☐ 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

- Όποιος/α είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
- Όποιος ή όποια είχε πάρει PreP/Truvada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστοιχα.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex)
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C
- Ερωτικοί, ερωτικές συντρόφοι πολυμεταγινόμενων ατόμων
- Γενικά 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)

☐ 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	☐ 2. Αστυνομική Ταυτότητα	☐ 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
☐ 4. Διαβατήριο	☐ 5. Βιβλιόριο Υγείας	☐ 6. Άδεια Οδήγησης
Αρ. δημοσίου εγγράφου:		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Έχετε δώσει αίμα άλλη φορά;	ΝΑΙ: ☐	ΟΧΙ: ☐	Πότε δώσατε τελευταία φορά;
Έχετε ποτέ ανακλειστεί από αιμοδοσία;	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;
Έχετε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	Λήψη φαρμάκων;
Είχατε ποτέ:	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	Τις τελευταίες 5 ημέρες έπαιτε ασπιρίνη;
Ίκτερο ή Επιδερμίδα	☐	☐	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή τοξοδύσατε στο εξωτερικό;
Σύφιλη	☐	☐	Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή οδένες διογκωμένους;
Ελονοσία/Φυματίωση	☐	☐	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;
Ανομία	☐	☐	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Cρεutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);
Έλλειψη G-6PD	☐	☐	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης
Σπασμούς (ως ενήλικας)	☐	☐	ΚΑΝΑΤΕ:
Αποθουμίας	☐	☐	Εξονυχική ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;
Καρδιοπάθεια	☐	☐	Εμβόλιο την τελευταία εβδομάδα;
Προκαρδιακός πόνο	☐	☐	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πήρατε;
Υπέρταση	☐	☐	Μετάγγιση αίματος ή παραγώνων αίματος τον τελευταίο χρόνο;
Διαβήτης	☐	☐	Τεταυαζ ή τρύπημα αυτιών ή βλεονισμός;
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	☐	☐	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;
Αλλεργία	☐	☐	Κάποια πληγή ή αμυχή των δερματών σας ή βλεννογόνου του στόματός σας ή βρε σε εσφή με ξένο σώμα;
Παθήσεις στομάχου	☐	☐	Μήπως μέσα στο χρόνο που πήρατε ήσαστε έγκυος;
Έλκος	☐	☐	Κάνετε επείγουσα επόγχεμα ή χρώμη;
Χειρουργικές επεμβάσεις	☐	☐	
Παθήσεις των νεφρών	☐	☐	
Άλλα νοσήματα	☐	☐	

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι, εν ειχνώσε, να προβώ 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 τροποποιηθείς 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 επικύρωσή των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόσβαση αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Ο/Η Αιμοδότης

ΚΡΕΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστ): 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: ☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ

ΑΠΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργώντα την αίτηση)

Απίες αποκλεισμού:

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργώντα την αιμοληψία)

Τύπος χρησιμοποιηθέντος ασκού αιμοληψίας:	☐ Διπλός ☐ Τριπλός ☐ Τετραπλός	☐ Παιδιατρικός ☐ Λευκαφαιρέμενος	Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	☐ ΝΑΙ	☐ 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