

# Αιμοδοτής

ΜΑΘΗΜΑ: ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ (Γ'εξ.)

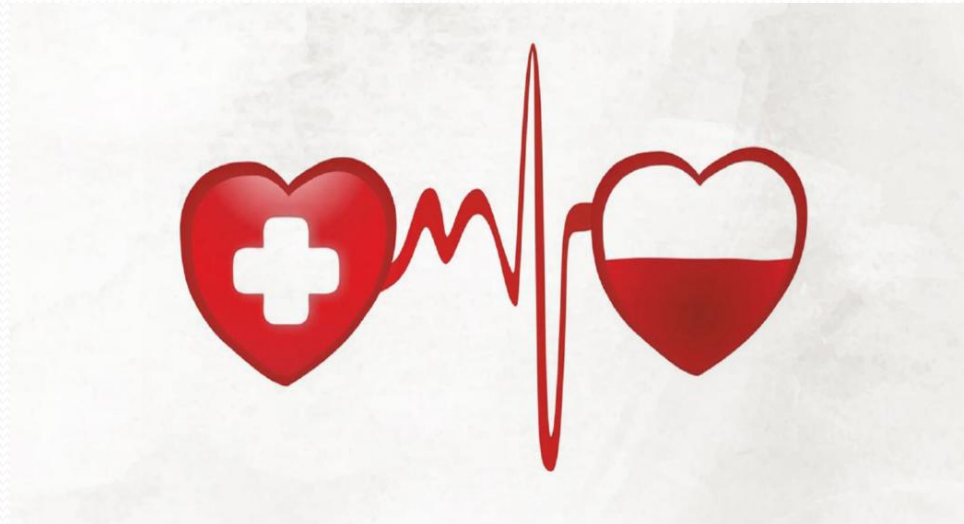
Εισηγήτρια: Πατεράκη Μαρία

Νοσηλεύτρια Τ. Ε.

- Ενημέρωση και έλεγχος Αιμοδότη
- Ιστορικό αιμοδότη
- Επιλογή αιμοδότη

Η Αιμοδοσία ως όρος προέρχεται από τις λέξεις “δίνω” και “αίμα”.

Είναι ένας ιδιαίτερος κλάδος της Αιματολογίας, που ασχολείται με τη λήψη αίματος από υγιή άτομα, τον έλεγχο και την επεξεργασία του και τέλος τη μετάγγισή του σε άτομα που το έχουν ανάγκη.



# Εθελοντική προσφορά

- Υπηρεσίες αιμοδοσίας στηρίζονται στην εθελοντική προσφορά του αίματος για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενειών σε αίμα
- Για την κάλυψη των αναγκών στην Ελλάδα αρκεί να το 10% του πληθυσμού να δώσει αίμα τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο



## Ανάγκες σε αίμα

**Παγκοσμίως** (WHO) 92 εκατομμύρια μονάδες αίματος συλλέγονται ετησίως.

**Στην Ελλάδα** 600.000 -700.000 ασκοί αίματος ετησίως, οι οποίοι καλύπτουν το 20-30% των αναγκών ασθενών με μεσογειακή αναιμία.

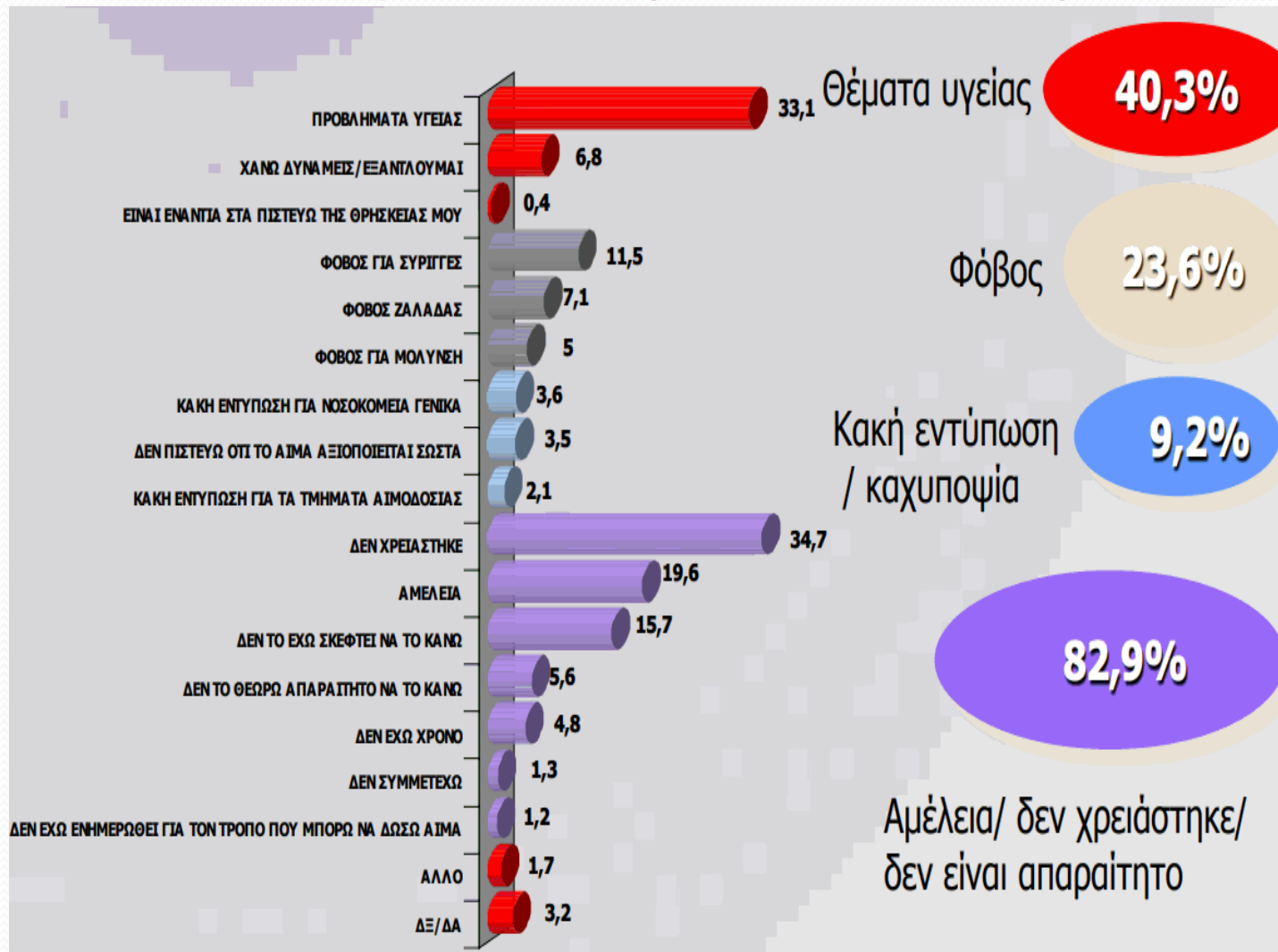
Έλλειψη επάρκειας αίματος, εισαγωγή περίπου 27.000 μονάδων από Ελβετία.

Το 60% του πληθυσμού θα χρειαστεί μετάγγιση μια φορά στη ζωή του.

## Πολλοί άνθρωποι δεν δίνουν αίμα, γιατί...

- ...δεν συνειδητοποιούν την αναγκαιότητα αυτής της πράξης
- ...θέλουν να έχουν κάποιο όφελος/ αμοιβή για αυτή την πράξη
- ...προτιμούν να προσφέρουν το αίμα σε μέλη της οικογένειας του/ σε φίλους
- ...ΠΟΤΕ δεν τους έχει ζητηθεί κάτι τέτοιο!!

# Για ποιο λόγο δεν έχετε δώσει αίμα



## Γιατί είναι ασφαλέστεροι οι εθελοντές αιμοδότες?

- Δεν έχουν λόγο να αποκρύψουν πληροφορίες για την υγεία τους και για τον τρόπο ζωής τους, που πιθανώς να τους καταστήσουν ακατάλληλους για δωρεά αίματος, είτε προσωρινά είτε μόνιμα.
- Κίνητρο τους να βοηθήσουν άλλους ανθρώπους.

*Η επάρκεια αίματος κάθε χώρας εξαρτάται από την αλτρουιστική προσφορά αίματος των εθελοντών αιμοδοτών, η καταλληλότητα των οποίων κρίνεται μέσω της «διαδικασίας επιλογής του αιμοδότη».*



## Το Πιστεύω του ΑΙΜΟΔΟΤΗ

- **Αλτρουισμός και αλληλεγγύη προς έναν άνθρωπο**
- **Ιερότερη στιγμή ανθρώπινης προσφοράς και αγάπης**
- **Μεγαλειώδης εκπλήρωση κοινωνικού καθήκοντος**
- **Ο προσφέρων με το αίμα του τη ζωή σε πάσχοντα**
- **Δύναμη ψυχικής αρετής και ανωτερότητα**
- **Οδηγός για αξιοθαύμαστες κοινωφελείς πράξεις**
- **Τιμητικός κοινωνικός τίτλος ενός ανθρώπου**
- **Η ευγενέστερη και πολυτιμότερη ανθρώπινη προσφορά**
- **Σαφής και σεμνή ένδειξη φιλαλληλίας και αλτρουισμού**

**Το αίμα σου...**

**ΔΙΝΕΙ  
ΖΩΗ!**



## Σκοπός της επιλογής αιμοδοτών

- Να καθοριστεί ότι ο δότης είναι υγιής ώστε να ανεχτεί με ασφάλεια την διαδικασία αιμοδοσίας.
- Ο δότης να είναι ελεύθερος νοσημάτων τα οποία μπορεί να μεταδοθούν στον λήπτη.
- Μείωση του αριθμού των άσκοπων απορρίψεων.
- Η διασφάλιση ποιοτικών μονάδων αίματος και παραγώγων αυτού.
- Η μείωση του κόστους συλλογής.

## Επιλογή αιμοδοτών

Η επιλογή περιλαμβάνει:

- Λήψη λεπτομερούς ιστορικού, με τη μορφή ειδικού ερωτηματολογίου.
- Σύντομη κλινική εξέταση.
- Εργαστηριακές εξετάσεις.

# Προϋποθέσεις για την προσφορά αίματος

- Αίμα για αιμοδοσία μπορεί να προσφέρει κάθε υγιές άτομο, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας 18 μέχρι 62 χρονών.
- Για άτομα 17 χρονών απαιτείται γραπτή συγκατάθεση του κηδεμόνα, ενώ στην κρίση του υπευθύνου ιατρικού προσωπικού είναι η αιμοδοσία σε άτομα άνω των 62 χρόνων, καθώς και η αιμοδοσία για πρώτη φορά από άτομα άνω των 60 χρόνων.
- Η λήψη μιας μονάδας αίματος (ποσότητα αίματος στην αιμοδοσία) είναι 450ml  $\pm$  10% χωρίς αντιπηκτικά. Ο όγκος αυτός του αίματος αποκαθίσταται σε μικρό χρονικό διάστημα. Το πλάσμα αναπαράγεται σε 24 ώρες και τα ερυθρά αιμοσφαίρια σε ένα μήνα περίπου. Επίσης, η αιμοδοσία είναι τελείως ανώδυνη και διαρκεί μόνο 5-10 λεπτά της ώρας.
- Τέλος, δεν πρέπει να διενεργείται αιμοδοσία, πριν περάσουν 2 μήνες από την τελευταία αιμοληψία, ενώ το ανώτερο όριο τακτικών αιμοληψιών είναι 3 φορές το χρόνο για τις γυναίκες και 4 φορές το χρόνο για τους άνδρες.

## Ερωτηματολόγιο

- Δίδεται σε όλους τους αιμοδότες, συμπληρώνεται με τη συνεργασία του αιμοδότη και υπογράφεται από αυτόν και το γιατρό που κάνει την εξέταση, επικυρώνοντας με αυτό τον τρόπο τις αντίστοιχες ερωτήσεις που έχουν υποβληθεί.
- Αποβλέπει στην αποκάλυψη παθήσεων, που αποτελούν απαγόρευση ή αντένδειξη για τη λήψη αίματος για μετάγγιση.

- ▶ Είσαστε υγιής;
- ▶ Τους τελευταίους μήνες μήπως αρρωστήσατε;
- ▶ Μήπως βρίσκεστε σε εγκυμοσύνη ή γεννήσατε πρόσφατα;
- ▶ Μήπως κάνατε εμβολιασμούς ή θεραπεία με ενέσεις;
- ▶ Μήπως κάνατε μετάγγιση αίματος και πότε;   
[ ..... ]
- ▶ Μήπως κάνατε τατουάζ, τρυπήσατε τα αυτιά σας, ή κάνατε βελονισμό;
- ▶ Μήπως χειρουργηθήκατε και πότε;
- ▶ Μήπως επισκεφθήκατε οδοντίατρο και πότε;   
[ ..... ]
- ▶ Μήπως χάσατε αδικαιολόγητα βάρος, είχατε ανεξήγητο πυρετό, ή λεμφαδενοπάθεια;
- ▶ Τα τελευταία 3 χρόνια
- ▶ Μήπως ζήσατε ή ταξιδεύσατε σε άλλη χώρα 
  - Πότε και πού; [ ..... ]

- ▶ Τον τελευταίο μήνα
  - Μήπως πήρατε φάρμακα;
  - Ποια; [ ..... ]
- ▶ Μήπως κάποιος από την οικογένειά σας ή την εργασία σας είχε μεταδοτικό νόσημα;   
Πότε και ποιο; [ ..... ]
- ▶ Μήπως υποφέρατε ποτέ από
  - Ίκτερο;  Πότε; [ ..... ]
  - Ελονοσία;  Πότε; [ ..... ]
  - Φυματίωση;  Πότε; [ ..... ]
  - Ρευματικό πυρετό;  Πότε; [ ..... ]
  - Καρδιοπάθεια;
  - Υψηλή ή χαμηλή πίεση;
  - Επιληπτικές κρίσεις;
  - Λιποθυμίες;
  - Στομαχικές διαταραχές;
  - Πάθηση νεφρών;
  - Σακχαρώδη διαβήτη
  - Αλλεργία;

# ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ / ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ  
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημερία:

Barcode:

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)**

Επώνυμο:  Όνομα:

Πατρώνυμο:  Μητρώνυμο:

Ημέ/να γέννησης:  Φύλο:  Ο Άρρεν / Ο Θήλυ

Τόπος γέννησης (Χώρα - Περιφέρεια):  Μοριαστικό 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  
Όνοματεπώνυμο ασθενή:   
Νοσοκομείο νοσηλείας:

5. Για Εντολές Δυνάμεις  
Στρατόπεδο αιμοληψίας:

Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΞΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για ουγγεικό περιβάλλον)

**ΠΡΟΣΟΧΗ! - ΠΙΣΕ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ**

- Όσους ή όσες είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη σωστή χρήση προφυλακτικού τους τελευταίες 12 μήνες.
- Όσους ή όσες έχει κάνει ενδομήτρια ή κατωμάκνη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίες 12 μήνες.
- Όσους ή όσες έχει τους τελευταίες 12 μήνες αιμοδακτική επαφή με σύντροφο που πληρούνται με πρόγραμμα ή με ναρκωτικά για να κάνει αι.Ε.
- Όσους ή όσες είχε πάρει Πρωτ/Ψευδαία ή ΡΕΡ για πρόληψη ΗΨV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστασης.
- Όσους ή όσες έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (χαπιούκι).
- Όσους ή όσες έχει τους τελευταίες 12 μήνες αιμοδακτική επαφή με σύντροφο θηκά για σιφίλη, ΗΨV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C.
- Ερωτικοί, ερωτικές συντροφοί πολλαπλαγής/ομάδα-σέξιμ.
- Γενικά όσους ή όσες νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει ακτιβία στον ή που προκαλεί AIDS ή κίνδυνο για άλλο σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα.

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

**ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΙΣΕ 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:

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Εχετε δώσει άλλη φορά:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Πότε δώσατε τελευταία φορά:	<input type="text"/>
Εχετε ποτέ αποκολληθεί από αιμοδοσία:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Είχατε πρόβλημα υγείας παλαιότερα:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Λήψη φαρμάκων:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Είχατε ποτέ:</b>		Τις τελευταίες 5 ημέρες ήσαστε ασθενής:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ίκτερο ή ηπατίτιδα:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Επισημάνετε ή ήσαστε ή ταξιδίσατε στο εξωτερικό:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Σιφίλη:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Χάσσει βάρος - έχετε παραμόρφωση δοντιών/οστώνης:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ελονοσία/Φυματίωση:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Εχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερρατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ανομία:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Εχετε σκεπαστεί ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Cρωστίφελντ - Jakob (νόσος τραυλιών σφελόδων):	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Σπασμοί (ως ανήλικος):	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Λήψη εκχυλισμάτων αυτίστικής ορμόνης:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αποδομία:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<b>ΚΑΝΑΤΕ:</b>	
Καρδιοπαθεια:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Εξουάλη ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Προκαρδιακές πόνοες:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Υπέρταση:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Εγχείρηση ή χειρουργείο ελάστικου τα χέρια που πήρατε:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Διαβήτης:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Μεταγγιση αίματος ή παραγγών αίματος τον τελευταίο χρόνο:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ρευματοειδή αρθρίτιδα:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Τιτακού ή τρίτημα αυτιών ή βελουαμά:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αλλεργία:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Τρυπηθήκατε από βελόνα σίριγγας:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Παθήσεις στομάχου:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Κάποια πληγή ή αμυγή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ήνο αίμα:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Σάκος:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Μήπως μέσα στο χρόνο που πήρατε ήσαστε ήγκουο:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Χειρουργικές επεμβάσεις:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Κάποτε επαυόδουνο επόηλημα ή γόμης:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Παθήσεις των νεφρών:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Άλλα νοσήματα:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανοώ το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλω ερωτήσεις, έλαβα κατανοητικές απαντήσεις και ανακαταβήκα να επηγάσω να προύμ 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 παρέχει τα δεδομένα που απαιτεί νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεση μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, σπών και εισαγωγή δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 28 και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπεται στο άρθρο 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόβλεψη αντιμετώπιση και προαγωγή διαπιστευμένης προστασία.

**Ο/Η Αιμοδότης**

## ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

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

Αιμοτοκρίτης:  % Αιμοφαιρίνη:  g/dl Ύψος:  m

**Δόση:**  Ολικό αίμα /  Αιμοπεταλίον

**Γενική Εντύπωση:**

Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία:  ΝΑΙ /  ΟΧΙ

## ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αιτίες αποκλεισμού:

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:



## Απαγόρευση αιμοδοσίας

Η αιμοδοσία απαγορεύεται οριστικά ή πρόσκαιρα σε άτομα, που στο ιστορικό τους αναφέρουν διάφορα νοσήματα ή παθολογικές καταστάσεις, από το φόβο μήπως επιβαρυνθεί η υγεία του αιμοδότη ή μήπως κάποιο λοιμώδες νόσημα με τη μετάγγιση μολύνει το δέκτη.

Ο ιατρός της αιμοδοσίας πρέπει να κρίνει την καταλληλότητα του αιμοδότη, η οποία ορίζεται και νομοθετικά.

# Απαγόρευση αιμοδοσίας

1. Σε άτομα που προσβλήθηκαν από ελονοσία. Σχετικά με την ελονοσία, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι: άτομα που ταξίδεψαν σε χώρες που ενδημεί η ελονοσία, έξι μήνες μετά την επιστροφή τους στη χώρα μας, μπορούν να αιμοδοτήσουν, αν δεν έχουν πυρετό και συμπτώματα, ενώ άτομα που προέρχονται από χώρες με ελονοσία, μπορούν να αιμοδοτήσουν μετά τρία χρόνια από την εγκατάσταση στη χώρα μας.
2. Σε άτομα που έχουν θετικό (+) το Αυστραλιανό Αντιγόνο ηπατίτιδας-B και το αντίσωμα κατά της ηπατίτιδας C στο αίμα τους.

Σχετικά με την ηπατίτιδα, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι:

- Άτομα, που τους τελευταίους μήνες χειρουργήθηκαν ή τους έγινε μετάγγιση αίματος-πλάσματος ή παραγώγων αυτών, αποκλείονται σαν αιμοδότες
- Άτομα, που ήρθαν σε στενή επαφή με άτομο που έπασχε από ηπατίτιδα, αποκλείονται σαν αιμοδότες για 6 μήνες.

## Απαγόρευση αιμοδοσίας

3. Σε άτομα που νόσησαν από οποιαδήποτε λοίμωξη, η κρίση για την καταλληλότητα επαφίεται κατά περίπτωση στον εξετάζοντα γιατρό της αιμοδοσίας.
4. Σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (διαβήτη, υπέρταση, καρδιοπάθεια, νεφροπάθεια, ηπατοπάθεια, αναιμία και λοιπά σοβαρά νοσήματα).
5. Σε άτομα με αφροδίσια νοσήματα.
6. Σε άτομα με συχνές και σοβαρές αλλεργικές εκδηλώσεις (μόνιμη αλλεργία).  
Σχετικά με την αλλεργία, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι: σε άτομα με εποχιακές αλλεργικές εκδηλώσεις και λήψη αντιαλλεργικών φαρμάκων συνιστάται προσωρινή απαγόρευση της αιμοληψίας.

# Απαγόρευση αιμοδοσίας

7. Σε άτομα με αυξημένο τον κίνδυνο του AIDS (επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια). Πρόκειται για λοίμωξη η οποία οφείλεται σε ρετροϊό, που κυκλοφορεί στο αίμα. Προσβάλλει το αμυντικό σύστημα του οργανισμού με αποτέλεσμα ο πάσχων να εμφανίζει μειωμένη αντίσταση σε λοιμώξεις και άλλες ασθένειες. Σχετικά με το AIDS, δεν πρέπει να δίνουν αίμα: άτομα που γνωρίζουν ότι έχουν AIDS ή έχουν μολυνθεί από τον υπεύθυνο ιό.
- άνδρες ομοφυλόφιλοι
  - άτομα που είχαν σεξουαλική σχέση με άτομα που ζουν ή προέρχονται από χώρες που αποτελεί μάλιστα το AIDS (Αφρική, Νοτιοανατολική Ασία, Νότια Αμερική, Νησιά Ειρηνικού), στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας.
  - άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους
  - άτομα με χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών
  - άτομα που αποτελούν τους ερωτικούς συντρόφους των παραπάνω κατηγοριών.

## Απαγόρευση αιμοδοσίας

8. Σε άτομα που έκαναν εμβόλιο. Σχετικά με τους εμβολιασμούς, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι: άτομα, που έκαναν εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας, κίτρινου πυρετού και πολιομυελίτιδας από το στόμα (SABIN), αποκλείονται σαν αιμοδότες για 3 εβδομάδες, άτομα που έκαναν εμβόλιο τετάνου, γρίπης, διφθερίτιδας, χολέρας, πανώλης, τυφοειδούς πυρετού και πολιομυελίτιδας (SALK), αποκλείονται σαν αιμοδότες για 24 ώρες.
9. Άτομα με ετερόζυγη μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία και ελαφρές διαταραχές των ερυθροκυτταρικών ενζύμων (ανεπάρκεια G-6PD) αποκλείονται σαν αιμοδότες, μόνο αν έχουν χαμηλή αιμοσφαιρίνη.

## Απαγόρευση αιμοδοσίας

10. Σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρήσεως και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
11. Γυναίκες μετά τον τοκετό αποκλείονται προσωρινά για 9 μήνες.
12. Σε άτομα με λήψη φαρμάκων. Υπεύθυνος για την πραγματοποίηση ή μη της αιμοληψίας είναι ο γιατρός της αιμοδοσίας.

# Αίτια προσωρινού αποκλεισμού αιμοδοσία

- Υπερβολική σωματική κόπωση πριν την αιμοδοσία
- Λίγος ή καθόλου ύπνος.
- Λήψη λιπαρού γεύματος χωρίς την μεσολάβηση τουλάχιστον 3 ωρών μέχρι την αιμοδοσία.
- Πρόσφατη κατανάλωση αλκόολ.
- Συμπτώματα ίωσης τις τελευταίες 2 εβδομάδες.
- Αναβολή αιμοδοσίας για ένα μήνα μετά από Covid και εποχική γρίπη.

## Κλινική εξέταση του αιμοδότη

Συνίσταται σε σύντομη κλινική εξέταση, για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης και κυρίως του καρδιαγγειακού συστήματος του αιμοδότη (ακρόαση καρδιάς, μέτρηση αρτηριακής πίεσης).

Προηγείται καλή γενική επισκόπηση. Εξετάζεται η εμφάνιση (θρέψη), το βάρος, το δέρμα και τέλος η ψυχική κατάσταση του αιμοδότη.

Ο υποψήφιος αιμοδότης δεν πρέπει να έχει κάνει χρήση οινόπνευματων ποτών ούτε να βρίσκεται υπό την επίδραση φαρμάκων.



# Κλινική εξέταση του αιμοδότη

Πρέπει να έχει:

- Εμφάνιση καλή.
- Θρέψη καλή.
- Σωματικό βάρος καλό, να μην υπολείπεται του κανονικού ούτε να αναφέρει μεγάλη πρόσφατη απώλεια βάρους (απαγορεύεται η αιμοδοσία σε άνδρες κάτω των 50 kg και σε γυναίκες κάτω των 48 kg).
- Ψυχική κατάσταση καλή, να είναι ήρεμος και όχι νευρικός και ανήσυχος.
- Δέρμα καθαρό, να μην εμφανίζει τατουάζ, στίγματα από ενέσεις στο σημείο φλεβοκέντησης.
- Θερμοκρασία φυσιολογική.
- Σφυγμό ρυθμικό, οι παλμοί να είναι 50-110 ανά λεπτό.
- Αρτηριακή πίεση: η συστολική αρτηριακή πίεση να είναι μεταξύ 95-180 mmHg και η διαστολική μεταξύ 50-100 mmHg.

# Εργαστηριακές εξετάσεις του αιμοδότη

Οι εργαστηριακές εξετάσεις διακρίνονται: σε αυτές που γίνονται πριν την αιμοληψία και σε αυτές που γίνονται μετά.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που προηγούνται της αιμοληψίας είναι:

- Ο προσδιορισμός της ποσότητας της αιμοσφαιρίνης, και ο καθορισμός της τιμής του αιματοκρίτη.

Φυσιολογικές τιμές του αιματοκρίτη είναι:

- για τον άνδρα 40-54%
- για τη γυναίκα 38-47%
- Τιμή του αιματοκρίτη κάτω από 40% για τον άνδρα και κάτω από 38% για τη γυναίκα αποτελούν κριτήριο αποκλεισμού.
- Φυσιολογικές τιμές της αιμοσφαιρίνης είναι:
  - για τον άνδρα 13,5-18 gr%
  - για τη γυναίκα 12,5-16 gr%
- Η τιμή της αιμοσφαιρίνης δεν πρέπει να είναι μικρότερη από 13,5 gr% για τους άνδρες και 12,5 gr% για τις γυναίκες.

# Μέτρηση Hb από το δάχτυλο



# Συμπληρωματικές εργαστηριακές εξετάσεις

Οι συμπληρωματικές εργαστηριακές εξετάσεις, που γίνονται μετά την αιμοληψία απαραίτητως στις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας, είναι:

- Προσδιορισμός των ομάδων αίματος του συστήματος ABO.
- Προσδιορισμός του συστήματος Rhesus.
- Δοκιμασίες για την ανίχνευση λοιμωδών νόσων, που μεταδίδονται με το αίμα, με μια τουλάχιστον αναγνωρισμένη ορολογική μέθοδο, με αντιδραστήρια μεγάλης ευαισθησίας και αξιοπιστίας.
- Έλεγχος για σύφιλη. Το αίμα ελέγχεται για την παρουσία της ωχράς σπειροχαίτης (V.D.R.L.). Αν το αποτέλεσμα είναι θετικό, γίνεται επιβεβαίωση με εξειδικευμένη μέθοδο.
- Έλεγχος για το αντιγόνο κατά της ηπατίτιδας Β (HbsAg) και για αντισώματα έναντι του ιού ηπατίτιδας C.
- Έλεγχος για το αντίσωμα κατά του ιού HIV, που προκαλεί το AIDS. Αν το αποτέλεσμα είναι θετικό, γίνεται επιβεβαίωση με εξειδικευμένη μέθοδο σε νέο δείγμα αίματος. Επί θετικού αποτελέσματος, ο υποψήφιος αιμοδότης αποκλείεται και το αίμα αχρηστεύεται. Σε αυστηρά πλαίσια δεοντολογίας και τήρησης του απορρήτου, γίνεται ενημέρωση του αιμοδότη από τον υπεύθυνο γιατρό. Του παρέχονται δωρεάν ιατρικές συμβουλές και ψυχοκοινωνική στήριξη.

## Φροντίδα του αιμοδότη

Η αιμοληψία τελειώνει με την αφαίρεση της βελόνης και την εφαρμογή στο σημείο της φλεβοκεντήσεως τολυπίου βαμβακιού. Στον αιμοδότη τονίζουμε να κρατήσει το χέρι τεντωμένο προς τα πάνω, πιέζοντας (όχι τρίβοντας) το τολύπιο. Προσοχή, δε διπλώνουμε το χέρι. Όταν σταματήσει η αιμορραγία, εφαρμόζουμε επίδεσμο ή λευκοπλάστη που αφαιρείται μετά από 3 ώρες.

Ο αιμοδότης παραμένει ξαπλωμένος κάτω από τη στενή παρακολούθηση του υπευθύνου προσωπικού. Μετά από 10 λεπτά, αν η γενική του κατάσταση είναι καλή, επιτρέπεται να σηκωθεί και να περάσει στην αίθουσα ανάληψης, όπου πάλι δεν αφήνεται μόνος. Του προσφέρεται αναψυκτικό και ελαφριά τροφή.

Φεύγοντας του δίνονται μερικές έντυπες οδηγίες, όπως:

# Φροντίδα του αιμοδότη

- Να μην καπνίσει ούτε να οδηγήσει για μία ώρα.
- Να μην κουραστεί.
- Να πει περισσότερα υγρά τις αμέσως επόμενες ώρες.
- Να φάει ένα καλό γεύμα, χωρίς οινοπνευματώδη ποτά.
- Αν παρουσιάσει αιμορραγία από το σημείο της φλεβοκέντησης, να σηκώσει το χέρι ψηλά και να εφαρμόσει πίεση.
- Αν δεν αισθάνεται καλά, να ξαπλώσει ή να καθίσει με το κεφάλι ανάμεσα στα γόνατα.
- Αν η αδιαθεσία επιμένει, να επισκεφθεί γιατρό ή να επιστρέψει στην υπηρεσία αιμοδοσίας.
- Αν αισθάνεται καλά σε μια ώρα από την αιμοληψία, μπορεί να επαναλάβει τις δραστηριότητές του, αν η δουλειά του δεν είναι ιδιαίτερα κουραστική.
- Τέλος, ότι μπορεί άφοβα και εντελώς ακίνδυνα να ξαναπροσφέρει αίμα, αφού όλα τα υλικά που χρησιμοποιούνται για τη λήψη αίματος είναι αποστειρωμένα και μιας χρήσεως. Συνολικά, μπορεί να δίνει αίμα 3-4 φορές το χρόνο.

# Ανεπιθύμητες αντιδράσεις του αιμοδότη

- Η αφαίρεση μιας μονάδας αίματος από τον αιμοδότη συνήθως γίνεται καλά ανεκτή και δεν συνοδεύεται από παρενέργειες. Σε ένα μικρό ποσοστό αιμοδοτών, εμφανίζονται ανεπιθύμητες αντιδράσεις, κυρίως από ψυχολογικούς λόγους, όπως είναι ο φόβος από τη βελόνη και η θέα του αίματος. Γι' αυτό είναι σκόπιμο τη στιγμή της αιμοληψίας να μην βλέπουν το αίμα.
- Συνήθως, τα συμπτώματα υποχωρούν γρήγορα. Αυτά είναι η ναυτία, εφίδρωση, ζάλη, αδυναμία και σπανιότερα απώλεια της συνειδήσεως, σπασμοί, απώλεια ούρων και κοπράνων. Αν όμως επιμένουν με δέρμα ψυχρό και μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης, επιβάλλεται ιατρική αντιμετώπιση.
- Με τις πρώτες ανεπιθύμητες αντιδράσεις, η αιμοληψία διακόπτεται. Αλλάζουμε την κλίση του κρεβατιού αιμοληψίας (χαμηλώνουμε την πλευρά που είναι το κεφάλι) και χαλαρώνουμε τα ρούχα του αιμοδότη. Τοποθετούμε ψυχρά επιθέματα στο πρόσωπο και εξασφαλίζουμε καλό αερισμό στην αίθουσα αιμοληψίας, ανοίγοντας τα παράθυρα. Αν χρειαστεί, πρέπει να γίνει αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή.

## Κάρτα του αιμοδότη

- Μετά την πρώτη αιμοληψία, ο αιμοδότης εφοδιάζεται με την κάρτα, όπου γράφονται τα στοιχεία του. Αυτά είναι το επώνυμο, το όνομα, το όνομα του πατέρα του, ο χρόνος γεννήσεως, η διεύθυνση, το επάγγελμα, ο αριθμός μητρώου, καθώς και η ομάδα κατά το σύστημα ABO και το Rhesus του.
- Η κάρτα λειτουργεί ως «τράπεζα», δηλαδή ο αιμοδότης δικαιούται να ζητήσει τόσο αίμα, όσο κατέθεσε για τον ίδιο ή το στενό συγγενικό του περιβάλλον.





# Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών








Το Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών (ΕΜΑ) αποτελεί ένα σπουδαίο βήμα στην εξέλιξη του Συστήματος Αιμοδοσίας της χώρας μας, δίνοντας την δυνατότητα συγκέντρωσης όλων των πληροφοριών που θα αποτελέσουν την βάση για τις μελλοντικές ενέργειες με σκοπό την επάρκεια και την ασφάλεια του αίματος στην χώρα μας.



Η εγγραφή του αιμοδότη στο **Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών** αποτελεί το πρώτο βήμα στην διαδικασία επιλογής του αιμοδότη

 <b>Ε.Κ.Ε.Α.</b> ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	<b>Αριθμός Μητρώου Εθελοντή Αιμοδότη</b> 123574657657575	
<b>Ομάδα Αίματος-Rhesus</b> <b>A(+) ΘΕΤΙΚΟ</b>		
<b>ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ / BLOOD DONOR ID</b>		
<b>Όνοματεπώνυμο / Full Name</b> ΕΛΕΝΗ - ΜΑΡΙΑ ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ ELENI - MARIA KALOGEROPOULOU		
<b>Πατρώνυμο / Father's Name</b> ΓΕΩΡΓΙΟΣ GEORGIOS	<b>Μητρώνυμο / Mother's Name</b> ΣΟΦΙΑ SOFIA	

 <b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ</b> Υπουργείο Υγείας		 2014100300012
<b>ΕΚΔΟΣΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:</b> 09/2015 <b>ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</b> 10/09/1983 <b>ΑΜΚΑ:</b> 12345678924324	<b>LASER NUMBER</b>  248700254002	
Η παρούσα ταυτότητα εθελοντή αιμοδότη ανήκει στο Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας Όποιος τη βρει παρακαλείται να την επιστρέψει σε οποιαδήποτε Υπηρεσία Αιμοδοσίας.		
 Ευρωπαϊκή Ένωση Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης	 ψηφιακή Ελλάδα Όλα είναι δυνατά Εθνικό Πρόγραμμα "Ήλεκτρονική Ελλάδα"	 ΕΣΠΑ 2007-2013 Πρόγραμμα για την Ελλάδα European Regional Development Fund
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης		



**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ!**