

**Sekce vojenského zdravotnictví
Ministerstva obrany**

Vítězné náměstí 5, Praha 6 – Dejvice, PSČ 160 01, datová schránka hjyaavk

Čj. MO 95667/2022-1457

Počet listů: 5

Přílohy: 6/8

Výtisk č.

Schvaluji.

brigádní generál MUDr. Zoltán Bubeník
ředitel

Praha 22 března 2022

**ODBORNÝ POKYN HLAVNÍHO ODBORNÍKA VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ
SLUŽBY PRO HEMATOLOGII A TRANSFUZNÍ SLUŽBU**

A

**HLAVNÍHO ODBORNÍKA VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY
PRO ANESTEZIOLOGII A INTENZIVNÍ MEDICÍNU A PRO URGENTNÍ MEDICÍNU**

**O POSTUPECH PRO ODBĚRY A APLIKACI PLNÉ KRVE PŘI OPERAČNÍM
NAsazení NA ZDRAVOTNICKÉ ETAPĚ**

(WALKING BLOOD BANK)



PRAHA 2022

Odborný pokyn je vydán pro účely sjednocení postupů při dobrovolných odběrech a aplikaci plné krve při operačním nasazení na zdravotnické etapě – Walking Blood Bank (dále jen “WBB”). WBB se na zdravotnické etapě aktivuje v případě, že zásoba transfuzních přípravků je vyčerpána nebo aktuální zásoby neodpovídají očekávanému počtu zraněných s nutností podání krevní transfuze (ROLE 3, ROLE 2E, ROLE 2B) nebo se jedná o zdravotnickou etapu, na které není sklad transfuzních přípravků k dispozici (ROLE 2F, FSE, ROLE 1).

Možnost využití WBB musí být stanovena ve zdravotnické příloze operačního plánu dané bojové operace.

Provedení odběru plné krve a její aplikace v rámci WBB musí být provedeny výhradně v prostorech zdravotnické etapy, transport této krve mimo zdravotnickou etapu není povolen.

1/ Předpoklady pro zajištění postupů WBB:

a) Všichni příslušníci AČR, kteří jsou nasazení v určené bojové operaci:

- mají vyšetřenou a známou krevní skupinu a kovovou identifikační známku s krevní skupinou
 - správné nošení identifikačních známek je pravidelně kontrolováno
 - je ověřen soulad s krevní skupinou na identifikační známce s výsledkem kontrolního vyšetření (viz níže)
- před nasazením mají provedený laboratorní prescreening:
 - anti-HIV 1/2+Agp24, HBsAg, anti-HCV, protilátky proti Treponema pallidum
 - VHB NAT, VHC NAT, HIV ½ NAT (IDT)
 - kontrolní vyšetření krevní skupiny AB0 RhD
 - vyšetření Rh fenotypu (CcCwEe) a Kell (K)
 - nepravidelné protilátky proti erytrocytům
 - osoby krevní skupiny 0 RhD neg/poz: titr anti-A/B IgM
- na základě výše uvedených vyšetření je zpracován seznam vhodných dárců krve (Příloha 2 a/nebo Příloha 3), který má k dispozici:
 - vedoucí lékař zdravotnické etapy nebo zdravotnického týmu
 - pověřený poskytovatel zdravotní péče úkolového uskupení
 - v případě nasazení příslušníka AČR v aliančním bojovém úkolovém uskupení má příslušník u sebe aktuální Field Blood Donor Card (viz Příloha 6)

b) Dárce krve musí splňovat:

- kritéria pro dárce krve v souladu s Vyhl. č.143/2008 Sb., o lidské krvi, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhl. č. 143/2008 Sb.“)
- prescreening na známky infekce HIV, VHB, VHC a syfilis před nasazením je negativní
- screening nepravidelných protilátek proti erytrocytům je negativní
- osoba krevní skupiny 0 RhD pozit/negat:
 - pokud je titr protilátek anti-A/B IgM < 1:256, může být krev použita jako skupinově univerzální - pokud je titr protilátek anti-A/B > 1:256, může být krev použita výhradně jako stejnoskupinová

c) Odborná způsobilost zdravotnického personálu:

- krevní transfuzi indikuje lékař
- krevní transfuzi podává lékař nebo nelékařský zdravotnický pracovník způsobilý k tomuto úkonu dle vyhl. č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále jen “vyhláška č. 55/2011 Sb.”) pod odborným dohledem lékaře

d) Odborná způsobilost nelékařského zdravotnického personálu:

Nelékařský zdravotnický pracovník, způsobilý provádět nitrožilní odběr a aplikaci plné krve v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb., musí k aplikaci postupů WBB splňovat:

- minimálně dosažené zdravotnické vzdělání dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání v oborech všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář
- absolvovaná odborná stáž na pracovišti oddělení hematologie a krevní transfuze ÚVN-VoFN Praha se zaměřením na problematiku WBB (po schválení připravovaného kurzu WBB pak absolvování tohoto kurzu) v posledních 2 letech před operačním nasazením

2/ Aktivace WBB:

- aktivaci vyhláshuje vedoucí lékař zdravotnické etapy
- na základě informací o charakteru poranění a klinického stavu pacientů a možnosti transportu na vyšší etapu je určen:
 - počet dárců

- výběr dárců podle krevních skupin (v případě, že jsou známy krevní skupiny očekávaných zraněných)
- pokud krevní skupiny nejsou známy, jsou určeni přednostně dárce KS 0 a KS A (pokud možno RhD negativní)

3/ Postupy WBB na zdravotnické etapě:

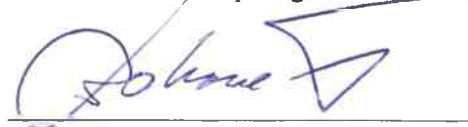
- a) provedení odběru dárce (lékař nebo nelékařský zdravotnický pracovník způsobilý k tomuto úkonu v souladu s vyhlášky č. 55/2011 Sb.):
 - ověření KS AB0 RhD na známce - záznam
 - ověření KS AB0 RhD - záznam
 - vyšetření dárce krve (dotazník, hmotnost, výška, TT, Hb, TK, TF) - záznam
 - příprava materiálu k odběru
 - označení vaku (jméno, příjmení/battle roster, datum narození, krevní skupina, datum a čas odběru)
 - označení zkumavek (jméno, příjmení/battle roster, rodné číslo)
 - dezinfekce místa vpichu
 - provedení venepunkce
 - odběr vzorků na vyšetření z první porce krve přes satelitní váček na vyšetření:
 - anti-HIV 1/2+Agp24, HBsAg, anti-HCV, syfilis
 - KS AB0 RhD, screening nepravidelných protilátek proti erytrocytům
 - vlastní odběr max. 500 ml krve:
 - sledování stavu dárce, průtoku krve, času odběru a místa venepunkce
 - v průběhu odběru šetrně míchat s krví v odběrovém vaku
 - ukončení odběru (2 x uzel na odběrové hadičce) a záznam
 - observace dárce
 - dočasné uskladnění krve (2 hodiny při pokojové teplotě, dále v chladicím boxu při 2-6°C maximálně po dobu 14 dnů jako komplexního přípravku, maximálně po dobu 35 dnů jako erytrocytárního přípravku)
 - záznamová dokumentace: “Osobní záznam dárce krve a záznam o odběru” (Příloha 4) nebo „Blood Donor and Collection record“ (Příloha 5)

b) provedení transfuze krve (lékař nebo nelékařský zdravotnický pracovník způsobilý k tomuto úkonu v souladu s vyhl. č. 55/2011 Sb. pod odborným dohledem lékaře):

- ověření krevní skupiny příjemce - záznam:
 - ze žilního přístupu nebo z kapilárního odběru z prstu
- odběr 2 kontrolních zkumavek:
 - anti-HIV 1/2+Agp24, HBsAg, anti-HCV, syfilis
 - KS AB0 RhD, screening nepravidelných protilátek proti erytrocytům
- napojení odběrového vaku naplněného plnou krví na transfuzní set
- ověření krevní skupiny dárce – kapkou z napojeného transfuzního setu - záznam
- v případě shody KS dárce a příjemce zahájení transfuze
- podání krevní transfuze – podat cca 20 ml rychle jako biologickou zkoušku, poté zpomalit a pozorovat pacienta. Pokud nedojde k náhlé změně jeho klinického stavu (potransfuzní reakce) pokračovat v podání maximální rychlostí (např. přetlakovou infuzí)
- v případě vzniku potransfuzní reakce je nutné okamžitě transfuzi přerušit! Léčba potransfuzní reakce je symptomatická.
- ukončení transfuze
- záznamová dokumentace:
 - „Záznam o transfuzi“ je záznam o podání transfuze ve zdravotnické dokumentaci pacienta
 - Záznam o transfuzi obsahuje následující údaje:
 - ✓ vyšetření /ověření krevní skupiny příjemce
 - ✓ vyšetření /ověření krevní skupiny dárce
 - ✓ vitální funkce příjemce (TK, P, TT) před transfuzí a po ukončení transfuze
 - ✓ čas zahájení a čas ukončení transfuze
 - ✓ jméno a podpis lékaře a nelékařského zdravotnického pracovníka

Odborný pokyn nabývá účinnosti dnem 22. března 2022.

Kontaktní osoba: plk. gšt. MUDr. Petr Král (alc. 214 174)



plk. gšt. MUDr. Miloš Bohoněk, Ph.D.

Hlavní odborník VZdrSI pro hematologii
a transfuzní službu



plk. MUDr. Tomáš Henlin, Ph.D.

Hlavní odborník VZdrSI pro anesteziologii
a intenzivní medicínu a pro urgentní medicínu

Specifikace polní soupravy pro WBB

Souprava se skládá ze 4 částí:

1/ WBB kit pro odběr krve

- odběrový 1-vak s CPD (CompoFlex® Single System, Fresenius Kabi, REF. T111150)
- 1 x rapid test KS (ABTest Card®, Diagast, REF. 1507DIAGASTPM001)
- 1 x zkumavka 6 ml na nesrážlivou krev (VACUETTE® 6 ml K2 EDTA, Greiner, REF. 456023)
- 1 x zkumavka 6 ml na srážlivou krev (VACUETTE® 6 ml sérum, Greiner, REF. 456092)
- záznamová karta
- návod k použití

2/ WBB kit pro odběr krve – spotřební materiál

- 1 x škrtidlo
- 1 pár rukavic (Halyard, REF. 44752)
- 1 x leukoplast 2,5 cm (Durapore 2,5 cm, 3M, REF.1538-2)
- dezinfekční čtverec (Softa Cloth CHX 2%, B.Braun)
- tampony

3/ WBB kit pro transfusi

- 1 x transfuzní souprava (SANGOFIX® B, B.BRAUN, REF. 7117301)
- 1 x rapid test KS (ABTest Card®,DIAGAST, REF. 1507DIAGASTPM001)
- 1 x zkumavka 6 ml na nesrážlivou krev (VACUETTE® 6 ml K2 EDTA, Greiner, REF. 456023)
- 1 x zkumavka 6 ml na srážlivou krev (VACUETTE® 6 ml sérum, Greiner, REF. 4560921)
- návod k použití

4/ WBB kit pro transfuzi – spotřební materiál

- pár rukavic
- 2 x kanyla s křídélky 18 G (Introcan® Safety 18G W, B.Braun, REF. 4253604-01)
- 1 x heparinová stříkačka 2 ml (Pico50, Radiometer, REF.956-552)
- dezinfekční čtverec (Softa Cloth CHX 2%, B.Braun)
- tampony

Příloha 2

Vzor seznamu příslušníků AČR s provedeným pre-screeningem před nasazením

Os. číslo	Hodnost	Příjmení	Jméno	KS	SCP	Titř anti-A/B	TTI
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx		NEG		NEG
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx	0+	NEG	< 256	NEG
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx		NEG		NEG
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx	B +	NEG		NEG
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx	0 -	NEG	< 256	NEG
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx		NEG		NEG
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx		NEG		NEG
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx	AB +	NEG		NEG
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx	B +	NEG		NEG
xxx	Xxx	XXXX	Xxxx	0 +	NEG	< 256	NEG

Příloha 3

Vzor seznamu příslušníků AČR (identifikátory) s provedeným pre-screeningem před nasazením

Battle Roster	Blood Type	Anti RBCs screening	Titr anti-A/B	TTI
xxx		NEG		NEG
xxx	0+	NEG	< 256	NEG
xxx		NEG		NEG
xxx	B +	NEG		NEG
xxx	0 -	NEG	< 256	NEG
xxx		NEG		NEG
xxx		NEG		NEG
xxx	AB +	NEG		NEG
xxx	B +	NEG		NEG
xxx	0 +	NEG	< 256	NEG

Osobní záznam dárce krve a záznam o odběru

MTF AČR:.....

evidenční číslo odběru

krevní skupina: známka

datum odběru

krevní skupina: pre-screening

krevní skupina: vyšetření na místě

Příjmení a jméno / Battle roster:**Datum narození (RRRR/MM/DD):****Státní příslušnost:**

Poslední odběr - datum:

prvodárce

opakovaný
dárce**Informovaný souhlas dárce:**

Byl(a) jsem poučen(a) o průběhu odběru a rizicích s ním spojených a s odběrem souhlasím.. Potvrzuji, že na každou položenou otázku jsem dostal(a) uspokojivou odpověď. Byl(a) jsem poučen(a) o možnosti diskrétního samovyloučení. Souhlasím s vyšetřením mé krve všemi potřebnými testy, včetně testu na HIV a s uchováváním vzorků krve pro případné dodatečné vyšetření krví přenosných infekcí a krevních skupin včetně molekulárně-genetických metod. Byl(a) jsem poučen(a), že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován(a).

Datum.....
dárce.....

Podpis

Předodběrové vyšetření:

Hmotnost (kg)	Výška (cm)	Tělesná teplota (°C)	Hemoglobin (g/l)	Krevní tlak (torr)	Tepová frekvence (tepů za min)

OA:**Subj.:****Obj.:****Závěr:****Příjmení, jméno a podpis zdravotnického pracovníka:****Odebral:****Množství (ml):****Důvod neodebrání dárce:****Poznámka:**

DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVĚ

SPRÁVNOU ODPOVĚĚ ZAKROUŽKUJTE!

1.	Seznámil(a) jste se s poučením o rizikovém chování z hlediska darování krve a rozumíte mu?	Ano	Ne
2.	Patříte do některé skupiny s rizikovým chováním? (viz „Poučení dárce krve“)	Ano	Ne
3.	Darujete krev nebo její složky poprvé?	Ano	Ne
4.	Měl(a) jste po minulém odběru zdravotní komplikaci (např. mdloby, kolaps, větší modřinu, aj.)?	Ano	Ne
5.	Chodíte darovat i do jiného zdravotnického zařízení? Kam?	Ano	Ne
6.	Byl(a) jste někdy odmítnut(a) jako dárce-dárkyně krve? Důvod:	Ano	Ne
7.	Cítíte se zdrav(a)?	Ano	Ne
8.	Užíváte pravidelně léky nebo jste užil(a) v posledních 4 týdnech? (uveďte <u>všechny</u> , včetně hormonální antikoncepce, Acylpyrinu apod.) Jaké:	Ano	Ne
9.	Léčíte se nebo jste sledován(a) pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)?	Ano	Ne
10.	Potíte se nadměrně v noci, máte zvýšené teploty, zduřelé uzliny, hubnete v nadměrné míře?	Ano	Ne
11.	Prodělal(a) jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjemové onemocnění apod.)?	Ano	Ne
12.	Podstoupil(a) jste v posledních 7 dnech trhání zubů nebo malý chirurgický výkon?	Ano	Ne
13.	Měl(a) jste v posledních 4 týdnech prisáté klíště?	Ano	Ne
14.	Prodělal(a) jste transplantaci, operaci, větší úraz, lékařské ošetření, endoskopické vyšetření, podání nitrožilních léků, poranění injekční jehlou, kontakt s krví? Upřesněte výkon a datum:	Ano	Ne
15.	Dostal(a) jste transfuzi krve (kdy a kde, uveďte stát)?	Ano	Ne
16.	Bylo vám provedeno tetování, akupunktura, propichování uší, piercing? Kdy?	Ano	Ne
17.	Byl(a) jste v posledním měsíci očkován(a)? Proti čemu:	Ano	Ne
18.	Pracujete v rizikovém prostředí (infekční, zdraví škodlivé, záření, chemická rizika)?	Ano	Ne
19.	Byl(a) jste léčena pro pohlavní chorobu? Kdy a jakou?	Ano	Ne
20.	Byl(a) jste v úzkém kontaktu s inf. žloutenkou, AIDS, jiným inf. onemocněním nebo s uživatelem nitrožilních drog?	Ano	Ne
21.	Pobýval(a) jste v zahraničí v posledních 6 měsících (i krátkodobě)?	Ano	Ne
22.	Byla u vás někdy zjištěna inf. žloutenka, HIV infekce, infekce virem HTLV I/II, pohlavní nemoc, tuberkulóza, jiné přenosné nemoci (inf. mononukleóza, klíšťová encefalitida, brucelóza, tularemie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, malárie, babesióza, leishmanióza (Kara-Azar), Chagasova chor., Q horečka, tyfus, paratyfus aj.)?	Ano	Ne
23.	Máte nebo jste měl(a) nemoci krve, zažívacího traktu, ledvin, srdce, cév, vysoký nebo nízký krevní tlak?	Ano	Ne
24.	Máte nebo jste měl(a) nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza aj.)?	Ano	Ne
25.	Máte nebo jste měl(a) nemoci dýchacích orgánů, kostí a kloubů?	Ano	Ne
26.	Máte nebo jste měl(a) nádorové onemocnění, nemoci kostí a kloubů, nervové soustavy, oka, psychické?	Ano	Ne
27.	Máte nebo jste měl(a) alergii, poruchu imunity, kožní onemocnění?	Ano	Ne
28.	Byla vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek?	Ano	Ne
29.	Byl(a) jste někdy léčen(a) pro alkoholismus nebo lékovou závislost?	Ano	Ne
30.	Užíval(a) jste někdy drogy (zejména injekčně), případně injekční léky nepředepsané lékařem (anabolika, steroidy)?	Ano	Ne
31.	Užíval(a) jste někdy následující léky: léky na akné, léky na prostatu – (finasterid, dutasterid) aj.?	Ano	Ne
32.	Byl(a) jste někdy léčen(a) růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy?	Ano	Ne
33.	Užíváte nebo jste užíval(a) lék vismodegit (Erivedge) používaný k léčbě bazocelulárního karcinomu (bazaliomu)?	Ano	Ne
34.	Máte funkci se zvýšenou tělesnou zátěží nebo nároky na pozornost?	Ano	Ne
36.	Pro ženy: Byla jste v posledním roce, nebo jste těhotná?	Ano	Ne

Stvrzuji, že jsem nezamlčel(a) žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl(a), jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamlčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce transfuze, je zákonem postižitelné).

Datum.....

Podpis dárce.....

Podpis lékaře.....

Blood donor and blood collection record

MTF ACR:

subscription registration number

blood type: dog tag

blood type: pre-screening

blood type: test on site

collection date

Name, Surname / Battle roster:	
Date of birth (YYYY/MM/DD):	
Nationality:	
Date of last collection:	

First time donor Repeated donor

Informed donor consent:

I have been informed about the procedure and the risks involved and I consent to the procedure. I have been informed that I have the right to ask questions about the procedure and the right to withdraw at any time. I confirm that I have received a satisfactory answer to each question asked. I have been advised of the possibility of discreet self-exclusion. I agree to have my blood tested for all necessary tests, including HIV testing, and to have blood samples stored for possible additional testing for blood-borne infections and blood types, including molecular genetic methods.

Date.....

Donor signature.....

Predonation examination:

Weight (kg)	Height (cm)	Body temperature (°C)	Hemoglobin (g/l)	Blood pressure (torr)	Heart rate (P/min)

Medical history:		
Subj.:		
Obj.:		
Conclusion:		
Name, surname and signature of the healthcare professional:		
Collector:	Blood quantity (ml):	Reason for not collecting:
Note:		

BLOOD DONOR QUESTIONNAIRE**CIRCLE THE CORRECT ANSWER!**

1.	Have you read and do you understand the information on risk behaviour in relation to blood donation?	YES	No
2.	Do you belong to any groups with risk behaviours?	YES	No
3.	Is this your first time donating blood or blood components?	YES	No
4.	Have you had a medical complication (e.g. fainting, collapse, major bruising, etc.) after a previous donation?	YES	No
5.	Do you also donate at another medical facility? Where?	YES	No
6.	Have you ever been rejected as a blood donor? Reason:	YES	No
7.	Do you feel healthy?	YES	No
8.	Do you take medication regularly or have you taken medication in the last 4 weeks? (list all, including hormonal contraceptives, Acylpyrine, etc.) What:	YES	No
9.	Are you being treated or monitored for any illness (including infectious)?	YES	No
10.	Do you sweat excessively at night, have elevated temperatures, swollen nodes, lose excessive weight?	YES	No
11.	Have you had any illness (cold, diarrhea, etc.) in the last 4 weeks?	YES	No
12.	Have you had a tooth extraction or minor surgery in the last 7 days?	YES	No
13.	Have you had a tick in the last 4 weeks?	YES	No
14.	Have you had a transplant, surgery, major trauma, medical treatment, endoscopic examination, intravenous drug administration, needle stick injury, contact with blood? Specify the procedure and date:	YES	No
15.	Did you receive a blood transfusion (when and where, state)?	YES	No
16.	Have you had tattoos, acupuncture, ear piercing, piercings? When?	YES	No
17.	Have you been vaccinated in the last month? Against what:	YES	No
18.	Do you work in a hazardous environment (infectious, harmful to health, radiation, chemical hazards)?	YES	No
19.	Have you been treated for a venereal disease? When and which one?	YES	No
20.	Have you been in close contact with an inf. hepatitis, AIDS, other inf. disease or intravenous drug user?	YES	No
21.	Have you been abroad in the last 6 months (even for a short period)?	YES	No
22.	Have you ever been diagnosed with inf. hepatitis, HIV infection, HTLV I/II infection, venereal disease, tuberculosis, other communicable diseases (inf. mononucleosis, tick-borne encephalitis, brucellosis, tularemia, toxoplasmosis, listeriosis, borreliosis, malaria, babesiosis, leishmaniasis (Kara-Azar), Chagas disease, Q fever, typhoid fever, paratyphoid fever, etc.)?	YES	No
23.	Do you have or have you had diseases of the blood, digestive tract, kidneys, heart, blood vessels, high or low blood pressure?	YES	No
24.	Do you have or have you had diseases of the endocrine glands (diabetes, metabolic disorders, thyroid, etc.)?	YES	No
25.	Do you have or have you had diseases of the respiratory organs, bones and joints?	YES	No
26.	Do you have or have you had cancer, bone and joint, nervous system, eye, psychological diseases?	YES	No
27.	Do you have or have you had an allergy, immune disorder, skin disease?	YES	No
28.	Have you been implanted with a dura mater, cornea or eardrum?	YES	No
29.	Have you ever been treated for alcoholism or drug addiction?	YES	No
30.	Have you ever used drugs (especially injectable drugs) or injectable drugs not prescribed by a doctor (anabolics, steroids)?	YES	No
31.	Have you ever taken the following medications: acne medications, prostate medications - (finasteride, dutasteride), etc.?	YES	No
32.	Have you ever been treated with growth hormone or pituitary extract?	YES	No
33.	Do you take or have you ever taken the drug vismodegit (Erivedge) used to treat basal cell carcinoma (basalioma)?	YES	No
34.	Do you have a function with increased physical demands or demands for attention?	YES	No
35.	For women: have you been pregnant in the last year or are you pregnant?	YES	No

I certify that I have not withheld any material facts and all information I have provided is true to the best of my knowledge and belief.

Date.....

Donor signature.....

Health care professional signature.....

Field Blood Donor Card

BLOOD DONOR CARD (Carte de GROUPE SANGUIN)	
Recipient <u>Nationality:</u> CZE <u>Sex:</u> <u>Name:</u> <u>Surname:</u> <u>Date of birth:</u> <u>Personal No.:</u>	