

## HEMOTERAPIA

### SOLICITUD DE DONANTES

Estimados pacientes y familiares:

El Servicio de Hemoterapia de este Hospital se dirige, a sus familiares y amigos debido a que Ud. requiere de sangre para su tratamiento.

Para que sus necesidades de sangre o sus componentes puedan ser atendidas, le rogamos cumplir esta solicitud a la brevedad ya que los donantes que usted aporte serán la única posibilidad para que este Servicio tenga sangre y/o componentes disponibles para usted.

Elija como donantes a personas cuya sangre Ud. mismo estaría dispuesto a recibir.  
(Por favor NO ofrezca dinero o compensación alguna para obtener donantes, la donación de sangre es un acto voluntario)

HOSPITAL: Argentina PACIENTE: Arcanjo Pablo SE SOLICITAN

8 (ocho) DONANTE/S  
GRUPO: O FACTOR Rh: Positivo O CUALQUIER GRUPO Y FACTOR

#### PARA LOS DONANTES:

- CONCURRIR AL HEMOCENTRO MUNICIPAL (SALTA 480) DE LUNES A VIERNES-DE 7:30 A 11:00 HS.
- TENER ENTRE 18 Y 65 AÑOS
- PRESENTAR D.N.I.(actualizado), CEDULA DE LA POLICIA FEDERAL O PROVINCIAL
- PODRAN DESAYUNAR: TE, MATE, CAFÉ (con azúcar si desea), FRUTAS, GASEOSAS (NO deberá ingerir alimentos que contengan grasas como leche, manteca, facturas, criollos, yogur, galletas o pan)

Ud. NO podrá donar si:

- Ha tenido Chagas, Diabetes (insulinodependiente), epilepsia
- Enfermedades Cardíacas o Pulmonares graves
- Hepatitis ( después de los 11 años de edad)
- Estar embarazada o amamantando a su bebe

Ud. NO podrá donar si en el último año ha tenido:

- Tatuajes, Acupuntura, Perforaciones de oreja o piercing
- Transfusiones de sangre o sus derivados
- Cirugías, Endoscopias o Laparoscopias
- Enfermedades de transmisión sexual
- Drogas, o estrecho contacto con personas con Hepatitis

Nuestros profesionales realizan los análisis de todas las donaciones para detectar VIH y otras enfermedades transmisibles por transfusión, recuerde que hay un periodo en el que el virus del VIH no puede ser detectado (Periodo de Ventana), y por ende podemos.

**NOTA: SE DEBERA TRAER AL SERVICIO, CONSTANCIA DE LA DONACION DE SANGRE DE CADA PERSONA QUE CONCURRA AL BANCO DE SANGRE.**



HEMOCENTRO MUNICIPAL