



**Blutspendedienst SRK**  
**Service de transfusion sanguine CRS**  
**Servizio trasfusione di sangue CRS**

Geschäftsleitung/Direction/Direzione  
Laupenstrasse 37, Postfach 5510, CH-3001 Bern  
Telefon 0041 31 380 81 81, Fax 0041 31 380 81 80  
E-Mail: info@blutspende.ch

Herrn  
Rico Gasser



tired.ch

Bern, 11. Januar 2011 bma/mma

### **Blutspenden durch Menschen mit ME/CFS**

Sehr geehrter Herr Gasser

Vielen Dank für Ihr Schreiben vom 06. Januar 2011 inklusive Informationen.

Lassen Sie uns nochmals versichern, dass wir nach aktuellem Stand der Wissenschaft und Technik handeln.

Grundsätzlich werden Spendewillige, welche sich nicht gesund fühlen, von einer Spende zurückgewiesen (s. Beilage „Spenderfragebogen“).

Es ist vorgesehen, Personen mit gesicherter CFS permanent von der Blutspende auszuschliessen, auch wenn sie aktuell beschwerdefrei sein sollten. Wie Sie wissen, gibt es dazu aber zur Zeit noch keine Tests. Die entsprechende Arbeitsgruppe der BSD SRK AG und ich persönlich werden dieses Thema jedoch weiter verfolgen und „am Ball bleiben“.

Mit freundlichen Grüssen  
Blutspendedienst SRK

PD Dr. med. B. Mansouri  
Medizinischer Direktor

Beilage: - Spenderfragebogen





# Vorschriften Blutspendedienst SRK

## Kapitel 17 A): Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung

### Medizinischer Fragebogen

Entnahmenummer

Sie haben soeben das **Informationsblatt für BlutspenderInnen** gelesen. Gestützt darauf erklären Sie, Blut spenden zu dürfen. Wir bitten Sie, zusätzlich die nachfolgenden Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten, d.h. jeweils Ja oder Nein anzukreuzen. Damit tragen Sie wesentlich dazu bei, die Restrisiken für Sie und die Empfänger des Blutes klein zu halten. Zuletzt bestätigen Sie auf der Rückseite dieses Fragebogens das Informationsblatt für BlutspenderInnen zur Kenntnis genommen zu haben und Ihr Einverständnis zur heutigen Blutspende zu erteilen.

	Ja	Nein	Visa
1. Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? _____ Wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hatten Sie in den letzten 72 Stunden eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Waren Sie in den letzten 4 Wochen in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie Fieber über 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente - auch rezeptfreie - verwendet (z. B.: Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrößerung (z. B. Finasteride, Proscar®), Akne (z. B. Roaccutan®) oder Haarausfall (z. B. Propecia®) angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® gegen Prostatavergrößerung angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason® (Schuppenflechte) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut, Hepatitis B oder Starrkrampf geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? a) Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankung (z. B. erhöhter/zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung, Bewusstlosigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haut (z. B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem) oder Allergie (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Andere Krankheiten (z. B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefäße, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende <input type="checkbox"/> eine Krankheit? <input type="checkbox"/> einen Unfall? <input type="checkbox"/> eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Haben Sie vor 1.1.1986 Wachstumshormone erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Waren Sie zwischen dem 1.1.1980 und dem 31.12.1996 für 6 Monate oder länger in Grossbritannien oder Nordirland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Haben Sie seit dem 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb Europas (geografisches Europa)? a) Falls ja, wo? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____ b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z. B. Fieber)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte präzisieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Sind Sie jemals an einer Malaria erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Sind Sie in einem Malariagebiet geboren/aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

bma		VOR310
Freigabe	Gültig ab: 01.01.11	<b>Original</b>



	Ja	Nein	Visa
13. a) Erkrankten Sie jemals an: <input type="checkbox"/> Tuberkulose, <input type="checkbox"/> Borreliose, <input type="checkbox"/> Brucellose, <input type="checkbox"/> Osteomyelitis, <input type="checkbox"/> Typhus, <input type="checkbox"/> Q-Fieber, <input type="checkbox"/> Toxoplasmose, <input type="checkbox"/> Babesiose, <input type="checkbox"/> Chagas, <input type="checkbox"/> Leishmaniose? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich oder Kontakt mit Infektionskrankheiten? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten: <input type="checkbox"/> Tätowierung, <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung, <input type="checkbox"/> Akupunktur, <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung, <input type="checkbox"/> permanent Make-up, <input type="checkbox"/> Piercing, <input type="checkbox"/> Nadelstichverletzung? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. a) Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ist Ihr Lebens-, Sexual oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 6 Monaten oder sexuelle Kontakte (geschützte oder nicht geschützte) mit wechselnden Partnern/Innen in den letzten 12 Monaten			
b) Aufenthalt in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate in den letzten 5 Jahren während mindestens 6 Monaten			
c) Sexuelle Kontakte unter Männern seit 1977			
d) Gewerbsmässige sexuelle Kontakte seit 1977			
e) Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig			
f) Positiver Test für AIDS-Viren (HIV), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C)			
17. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partner/Innen gehabt, die sich einer Risikosituation wie in der Fragen 16 ausgesetzt haben, oder die in AIDS-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nur von Frauen zu beantworten</b>			
18. a) Waren Sie jemals schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Falls ja, wann zuletzt? _____			
19. Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Durch den RBSD SRK auszufüllen:**

Bemerkungen zu Frage \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  
zu Frage \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  
zu Frage \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

► Vollständigkeit des Fragebogens und der Unterschrift überprüft Datum: \_\_\_\_\_ Visum BSD: \_\_\_\_\_  
► Spendetauglichkeit Ja  Grund: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Visum BSD: \_\_\_\_\_  
Nein

**Einverständniserklärung und Bestätigung durch die Spenderin / den Spender auszufüllen und zu unterschreiben:**

- Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für BlutspenderInnen (F003) gelesen und verstanden habe. Allfällige Unklarheiten wurden mir zufrieden stellend beantwortet.
- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und das wahrheitsgetreue Ausfüllen des Fragebogens.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Blut, falls erforderlich auch mit genetischen Methoden untersucht, eine Probe für mögliche spätere Untersuchungen gemäss Heilmittelgesetz aufbewahrt wird und dass ich über abweichende Resultate benachrichtigt werde.
- Mir ist bewusst, dass ein Teil meiner Spende zur Herstellung von Medikamenten verwendet werden kann.
- Ich stimme auch zu, dass meine Spende oder Teile davon in Ausnahmefällen in anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet werden dürfen.
- Die im Rahmen der Blutspende erhobenen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Diese Daten gelangen ausschliesslich innerhalb des Blutspendedienstes SRK (BSD SRK) und der Regionalen Blutspendedienste SRK (RBSD SRK) zur Anwendung.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## PERSONALIEN & WEITERE INFORMATIONEN (Regionale Angaben)