



ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ  
ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ  
ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΟΜΗΡΟΥ 5 - 105 64 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ. 320.4905

Αθήνα, 05 Φεβρουαρίου 2020

### Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Η Νο 9

**Θέμα: 109<sup>η</sup> ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2020**

Συνάδελφοι,

**Από 21 Φεβρουαρίου μέχρι 28 Φεβρουαρίου**, καλούμαστε και πάλι να δώσουμε, το στίγμα της κοινωνικής μας ευαισθησίας και αλληλεγγύης, συμμετέχοντας στην καθιερωμένη αιμοδοσία του **Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.**

Όπως όλοι ξέρουμε, το αίμα, αυτή η μοναδική ζωντανή πρώτη ύλη, δεν παράγεται ούτε αγοράζεται. Προσφέρεται μόνο σαν ένδειξη συμπαράστασης και αλληλεγγύης στον συνάνθρωπό μας.

Μικρά παιδιά που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, συμπολίτες μας που βρίσκονται στο χειρουργείο, τραυματίες από τροχαία ατυχήματα, όλοι αυτοί περιμένουν με αγωνία την αγάπη μας.

Και μόνο η σκέψη ότι λίγα λεπτά αρκούν για να σωθεί ένας άνθρωπος, συντρίβει κάθε φόβο, γίνεται πηγή θάρρους και ακλόνητης απόφασης για την πραγματοποίηση της προσφοράς αίματος. Αν αρνηθούμε την πρόσκληση τότε πως θα έχουμε την απαίτηση να μας δώσουν αίμα οι άλλοι, για μας τους ίδιους ή για κάποιο δικό μας πρόσωπο εάν το χρειαστούμε;

Η αιμοδοσία του Φεβρουαρίου θα γίνει:

- ✓ **Στις 21 Φεβρουαρίου, ημέρα Παρασκευή, στο Χαλάνδρι 09:00 – 13:00, (ΜΗ.ΚΕ.ΧΑ – Αίθουσα Συνελεύσεων).**
- ✓ **Από 25 Φεβρουαρίου μέχρι και 28 Φεβρουαρίου, Τρίτη μέχρι και Παρασκευή, στα Πολυιατρεία 09:00 – 13:00, (Ομήρου 4, 2<sup>ος</sup> Όροφος).**

Η αιμοδοσία γίνεται σε συνεργασία με το Κέντρο Αιμοδοσίας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών – Γεώργιος Γεννηματάς.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Γεώργιος Καρασούλας

Γεώργιος Γιαμπουράς

## ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ

- Αιμοδότης μπορεί να γίνει κάθε άνδρας και κάθε γυναίκα **από 18 μέχρι 65 χρονών**.
- Η αιμοληψία είναι μία πράξη ακίνδυνη και διαρκεί λίγα λεπτά της ώρας.
- Η προσφερόμενη ποσότητα είναι μόλις το 1/20 της συνολικής ποσότητας που διαθέτει ο οργανισμός μας και αναπληρώνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα.
- Τα υλικά αιμοληψίας (βελόνα, ασκός, κ.λ.π.) είναι μίας και μοναδικής χρήσης και αποστειρωμένα, για απόλυτη υγειονομική ασφάλεια τόσο του αιμοδότη όσο και του αιμολήπτη.
- Με την προσφορά αίματος, ο αιμοδότης ελέγχεται **υποχρεωτικά** για τυχόν ύπαρξη μεταδοτικών ασθενειών (ηπατίτιδα, AIDS, κ.λ.π.). **Το Νοσοκομείο εγγυάται την αυστηρή διαφύλαξη του απορρήτου.**
- Για προστασία των αιμοληπτών, ο αιμοδότης πρέπει **να αποφεύγει τη λήψη φαρμάκων (ακόμα και ασπιρίνης)**, μία μέρα τουλάχιστον πριν την αιμοδοσία.
- Ο αιμοδότης εξασφαλίζει το δικαίωμα, όταν χρειαστεί, να έχει κάλυψη σε αίμα από το Νοσοκομείο συνεργασίας, για τον ίδιο καθώς και τα μέλη της οικογένειάς του (μέχρι Α΄ βαθμού συγγένειας).
- Για το σκοπό αυτό, η Υπηρεσία Γραμματείας των Πολυιατρείων (τηλ. 210.3204900) είναι πάντα στη διάθεσή σας να σας εξυπηρετήσει, όταν παραστεί ανάγκη. (Υπεύθυνη τομέα αιμοδοσίας: κ. Μαρία Καϊμακάμη, τηλ. 210.3204905).
- Σε ώρες και ημέρες αργίας, μπορείτε να επικοινωνείτε απευθείας με το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών – Γεώργιος Γεννηματάς – Υπηρεσία Αιμοδοσίας – (τηλ. 210.7778859), επιδεικνύοντας την ειδική «κάρτα αιμοδότη».

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ο αιμοδότης πριν την αιμοληψία, πρέπει απαραίτητα να έχει πάρει ένα πλήρες πρωινό.</b></li></ul> |
|---|

Συνάδελφοι,

Προκειμένου να προγραμματισθεί έγκαιρα η κατανομή των αιμοδοτών στις ημέρες αιμοληψίας και η χορήγηση της απαλλαγής τους από την εργασία, παρακαλούμε να παραδώσετε το δυνατόν συντομότερα, την παρακάτω δήλωση συμμετοχής σας στις Υπηρεσίες του Ταμείου Υγείας.

Στα Πολυιατρεία: Στη Γραμματεία των Πολυϊατρείων τηλ.:210.3204900

- Ώρες αιμοδοσίας: 09:00 – 13:00.

Στο ΜΗ.ΚΕ.ΧΑ : Στο Νοσηλευτικό Προσωπικό τηλ.:210.6799416

Στο Ι.Ε.Τ.Α. : Στο Νοσηλευτικό Προσωπικό τηλ.:210.6170518

Στο Κ.ΕΠΕ.ΔΙ.Χ. : Στο Νοσηλευτικό Προσωπικό τηλ.:210.6709238

- Ώρες αιμοδοσίας: 09:00 – 13:00.
- Η δήλωση συμμετοχής συμπληρώνεται απαραίτητα από όλους, παλαιούς και νέους αιμοδότες.

Στην αιμοδοσία μπορούν να πάρουν μέρος, εκτός των συναδέλφων και συνταξιούχων, μέλη των οικογενειών τους καθώς και άλλα άτομα.

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ** (την .....)

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** .....**A.M.** .....

**ΚΩΔ. ΤΜΗΜΑΤΟΣ:** .....**ΤΗΛ. ΓΡΑΦΕΙΟΥ:**.....**ΤΗΛ. ΣΠΙΤΙΟΥ:** .....

**ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** .....

.....

**(υπογραφή)**