**Анкета донора**

Благодарим Вас за желание помочь нуждающимся в донорской крови пациентам!

Пожалуйста, ответьте откровенно на предложенные Вам вопросы (отвечая на вопросы, поставьте «да» или «нет»). Откровенные ответы на эти вопросы необходимы для обеспечения Вашей безопасности как донора и безопасности пациента, которому будет перелита Ваша кровь.

Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Меняли ли Вы фамилию? Если да-укажите предыдущую\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес: фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мобильный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рабочий тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы/учебы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Должность/Курс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 1

к Правилам прохождения донором

перед донацией крови и ее компонентов  
обязательного медицинского обследования в рамках ГОБМП

**Перечень вопросов для выявления дополнительных сведений, ограничивающих или препятствующих допуску к донации:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Вопросы | Варианты ответа |
| 1. | Употреблялся ли алкоголь за последние 48 часов. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 2. | Было ли удаление зубов за последние 10 дней. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 3. | Был ли прием лекарств за последний месяц. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 4. | Были ли прививки от гепатита В, гриппа, ковида, столбняка,дифтерии бруцеллеза, другие за последний месяц. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 5. | Был ли прием лекарств для профилактики Вич-инфекции за последние 4 месяца. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 6. | Было ли иглоукалывание, татуировка, пирсинг, инъекции за последние 4 месяца. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 7. | Были ли бытовые контакты с больными гепатитами А, В, С, ВИЧ за последние 6 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 8. | Было ли обращение за медицинской помощью за последние 6 месяцев | "ДА"/ "НЕТ" |
| 9. | Было ли переливание донорской крови за последние 12 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 10. | Были ли хирургические вмешательства, косметологические процедуры за последние 12 месяца. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 11. | Были ли беспорядочные половые связи с гетеро или гомосексуальными партнерами за последние 12 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 12. | Были ли нерегулярные отношения с гомосексуальным(и) партнером (рами) за последние 12 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 13. | Имеются ли регулярные отношения с постоянным гомосексуальным партнером за последние 12 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 14. | Было ли пребывание в местах лишения свободы за последние 12 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 15. | Было ли оказание услуг сексуального характера за последние 12 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 16. | Было ли попадание чужой крови на слизистую оболочку или кожу, в том числе при повреждении колюще-режущими предметами. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 17. | Употреблялись ли инъекционные наркотические средства за последние 12 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 18. | Появлялись ли, в том числе кратковременно, за последние 12 месяцев следующие признаки:выделения из половых органов, наросты и(или) язвочки в области половых органов, чувство жжения в области половых органов, боли при мочеиспускании, увеличение паховых лимфоузлов. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 19. | Было ли пребывание более 4 месяцев в странах тропического и субтропическогоклимата за последние 12 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 20. | Имеются ли частые изменения артериального давления за последние 12 месяцев. | "ДА"/"НЕТ" |
| 21. | Были ли необъяснимые подъемы температуры, потеря веса, обморок(и), ночная потливость, головная боль за последние 12 месяцев. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 22. | Имеется ли в настоящее время группа инвалидности или диспансерный учет по заболеванию. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 23. | Были ли в течение жизни или имеются в настоящее время следующие инфекционные заболевания: ВИЧ, сифилис или другие заболевания, передающиеся половым путем, гепатиты В или С, бруцеллез, туберкулез (все формы), тиф сыпной, туляремия, лепра. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 24. | Были ли в течение жизни или имеются в настоящее время следующие неинфекционные заболевания: сердца, легких, почек, печени, нервной, половой системы, тяжелая аллергия, бронхиальная астма, врожденные пороки, судороги (эпилептические). | "ДА"/ "НЕТ" |
| 25. | Были ли в течение жизни или имеются в настоящее время паразитарные заболевания. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 26. | Были ли в течение жизни или имеются в настоящее время хронические кожные заболевания. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 27. | Вводились ли чужеродные стволовые клетки, была ли пересадка роговицы, твердой мозговой оболочки. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 28. | Были ли операции с удалением конечности и (или) органа в течение жизни. | "ДА"/ "НЕТ" |
| 29. | Были ли в течение жизни или имеются в настоящее время положительные результаты исследований на наличие маркеров ВГВ,ВГС, сифилис, ВИЧ. | "ДА"/ "НЕТ" |
| Дополнительно, для лиц женского пола: | | |
| 30. | Была ли беременность, роды, лактация, медицинские аборты за последние 12 месяцев. | "ДА"/"НЕТ" |
| 31. | Осуществляется ли грудное вскармливание в настоящий период. | "ДА"/"НЕТ" |
| 32. | Используется ли гормональная контрацепция в настоящий период. | "ДА"/"НЕТ" |

Подпись донора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дополнительно:**

Имеется ли у Вас аллергия: пищевая, лекарственная, другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(если да указать на что) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю добровольное согласие на введение Мне лекарственных препаратов, в том числе при возникновении неблагоприятных реакций и осложнений во время и после донаций крови или ее компонентов.**

Подпись донора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

к Правилам прохождения донором

перед донацией крови и ее компонентов  
обязательного медицинского обследования в рамках ГОБМП

**«Форма информированного добровольного согласия на донацию крови и ее компонентов»**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю, что даю добровольное, без принуждения согласие на донацию крови или ее компонентов для их использования в медицинских целях.

Я также даю согласие на:

1) обработку моих персональных данных посредством автоматизированной информационной системы в электронной базе доноров крови и ее компонентов;

2) на обследование сданной мной крови на маркеры ВИЧ инфекции, сифилиса, гепатитов В и С;

3) на использование в обезличенной форме образца моей крови, полученного при донации, при проведении научных исследований;

4) передачу моих персональных данных в медицинскую организацию по месту моего прикрепления при определении положительных результатов исследования моей крови на маркеры инфекций;

5) на получение информационных рассылок с целью приглашения для участия в донорстве по мобильной связи или по электронной почте.

Подпись донора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_