**Құрметті донор!**

Донорлық қанға деген қажеттілігі бар пациенттерге көмек беруге ниет білдіргендеріңіз үшін алғыс білдіреміз!

Сізге қойылған сұрақтарға шынайы жауап беруіңізді өтінеміз (сұрақтарға "иә" немесе "жоқ" деп жауап беру). Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретіндегі қауіпсіздігіңізді және қаныңыз құйылатын пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тегіңізді ауыстырдыңыз ба? Егер "иә" деп жауап беретін болсаңыз, алдыңғы тегіңізді көрсетіңіз

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Туған күніңіз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Жынысыңыз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Үй мекен-жайы: нақты тұратын \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ұялы телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Жұмыс телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жұмыс/оқу орны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лауазымы/Курс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қан мен оның компоненттерін донациялау

алдында донордың ТМККК шеңберінде

міндетті медициналық зерттеп-қараудан

 өту қағидаларына1-қосымша

**Донациялауға жіберуді шектейтін немесе оған кедергі келтіретін қосымша мәліметтерді анықтауға арналған сұрақтар тізбесі:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| р/с № | Сұрақтар | Жауап нұсқалары |
| 1. | Соңғы 48 сағат ішінде алкогольдік ішімдік іштіңіз бе?  | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 2. | Соңғы 10 күннің ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 3. | Соңғы айда дәрі-дәрімек іштіңіз бе? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 4. | Соңғы айда В гепатиті, тұмау, ковид, сіреспе, дифтерия, бруцеллезге және тағы басқа ауруларға қарсы егулер болды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 5. | Соңғы 4 айда АИТВ инфекциясының профилактикасы үшін дәрі-дәрмектер қабылданды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 6. | Соңғы 4 айда инемен тесу, татуировка, пирсинг жасату инъекцияларды салу болды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 7. | Соңғы 6 айда А, В, С гепатиттері, АИТВ жұқтырған адамдармен тұрмыстық қатынас болды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 8. | Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 9. | Соңғы 12 айда донорлық қан құйылды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 10. | Соңғы 12 айда хирургиялық араласулар, косметикалық ем-шаралар болды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 11. | Соңғы 12 айда гетеро немесе гомосексуалдық серіктестермен жыныстық қатынас болды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 12. | Соңғы 12 айда гомосексуалдық серіктеспен тұрақты емес қатынас болдыма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 13. | Соңғы 12 айда тұрақты гомосексуалдық серіктеспен тұрақты қатынас болды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 14. | Соңғы 12 айда бас бостандығынан айыру орындарында болдыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 15. | Соңғы 12 айда жыныстық қызмет көрсеттіңіз бе? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 16. | Соңғы уақытта теріге немесе шырышты қабатыңызға басқа адам қанының тамып кеткен жағдайлары, оның ішінде тесетін немесе кесетін құралмен жарақаттану орын алды ма?  | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 17. | Соңғы 12 айда инъекциялық есірткі заттарын қабылдадыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 18. | Соңғы 12 айда, оның ішінде қысқа мерзімде мынадай белгілер болды ма: жыныс мүшелерінен бөлінді, жыныс мүшелері аумағында өсінділер және(немесе) жаралар, жыныс мүшелері аумағында күйдіру сезімі, несеп шығару кезіндегі ауырсыну, шап лимфа түйіндерінің ұлғаюы | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 19. | Соңғы 12 айда тропикалық және субтропикалық климат елдерінде 4 айдан астам уақыт болдыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 20. | Соңғы 12 айда қан қысымының жиі өзгерісі орын алды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 21. | Соңғы 12 айда температураның түсініксіз көтерілуі, салмақ жоғалту, әлсіздік(тер), түнгі терлеу, бас ауруы болды ма?  | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 22. | Қазіргі уақытта мүгедектік тобы немесе ауру бойынша диспансерлік есепте тұрсыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 23. | Өміріңізде немесе қазіргі таңда мынадай инфекциялық аурулардың біреуі болды ма: АИТВ, мерез немесе жыныстық жолмен берілетін басқа да аурулар, В немесе С гепатиттері, бруцеллез, туберкулез (барлық түрлері), бөртпе сүзегі, туляремия, алапес (лепра)? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 24. | Өміріңізде немесе қазіргі таңда мынадай инфекциялық аурулардың біреуі болды ма: жүрек, өкпе, бүйрек, бауыр, нерв, жыныстық жүйесі, күрделі аллергия, бронх демікпесі, туа біткен кемістіктер, (эпилептикалық) құрысу? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 25. | Өміріңізде немесе қазіргі таңда паразиттік ауруларға шалдықтыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 26. | Өміріңізде немесе қазіргі таңда созылмалы тері аурулары болды ма?  | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 27. | Басқа адамның дің жасушалары енгізілді ме, көздің мөлдір қабағы, қатты ми қабығын ауыстырылды ма?  | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 28. | Өміріңізде аяқ-қолды және (немесе) мүшені алып тастау операциялары болды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 29. | Өміріңізде немесе қазіргі таңда ВВГ, СГВ, мерез, АИТВ маркерлерінің бар-жоғына оң зерттеу нәтижелері болды ма? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| Әйелдер үшін қосымша: |
| 30. | Соңғы12 айда жүктілік, босану, бала емізу, медициналық түсіктерболды ма?  | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 31. | Қазіргі таңда бала емізесіз бе? | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |
| 32. | Қазіргі таңда гармоналды контрацепцияны пайдаланасыз ба?  | "ИӘ"/ "ЖОҚ" |

 Донордың қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Күні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Қосымша:**

 Аллергияңыз бар ма: тамаққа, дәрі-дәрмекке,басқа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бар болса неге екенін көрсету) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Мен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дәрілік препараттарды, оның ішінде қанды және оның компоненттерін донациялау кезінде және одан кейінгі жағымсыз реакциялар туындағанда енгізуге келісімімді беремін.**

 Донордың қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Күні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қан мен оның компоненттерін донациялау

алдында донордың ТМККК шеңберінде

міндетті медициналық зерттеп-қараудан

өту қағидаларына2-қосымша

**«Қан мен оның компоненттерін донациялауға арналған ақпараттандырылған ерікті келісімнің нысаны»**

Мен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

қанды немесе оның компоненттерін медициналық мақсатта пайдалану үшін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз тапсыратынымды растаймын.

Сонымен қатар мен:

1)менің дербес деректерімді қан және оның компоненттері донорларының электрондық базасында автоматтандырылған ақпараттық жүйе арқылы өңдеуге;

2)мен тапсырған қан АИТВ, мерез, В және С гепатиттері инфекцияларының маркерлеріне тексерілетініне;

3)донациялау кезінде алынған қанымның үлгісін иесіздендірілген нысанда ғылыми зерттеулер жүргізу үшін пайдалануға;

4)осы инфекция маркерлеріне тестілеуде оң нәтижені алған жағдайда дербес мәліметтерімді тіркелген жерім бойынша медициналық ұйымға беруге;

5)донорлыққа қатысу үшін шақыру мақсатындағы ақпараттық хабарламаны мобильдік байланыс немесе электрондық пошта арқылы алуға келісім беремін.

Донордың қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дәрігердің қолы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Толтыру күні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_