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 (при его наличии) донора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код КАТО 35

Домашний адрес (фактический и по прописке)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Домашний телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мобильный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рабочий телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место работы, учебы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поликлиника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вопросы** | **Ответы** |
| 1. **Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение** | | |
| 1. | Хорошее ли у Вас общее самочувствие? |  |
| 2. | Отдыхали ли Вы ночью? |  |
| 3. | Производилось ли за последние 14 дней удаление зубов? |  |
| 4. | Употребляли ли алкоголь за последние 48 часов? |  |
| 5. | Проводились ли Вам за последние 12 месяцев прививки? Если «да», то укажите, какие: |  |
| 6. | Обращались ли Вы за медицинской помощью за последние 6 месяцев? |  |
| 7. | Вам переливали за последние 12 месяца (целесообразно, если минимальный срок карантинного хранения плазмы будет также 4 мес.) донорскую кровь или ее компоненты? |  |
| 8. | Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические?) |  |
| 9. | Принимали ли Вы за последние 2 недели лекарственные препараты, включая аспирин или антибиотики, а также гормоны роста? |  |
| 10. | Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции? |  |
| 11. | Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, татуировки, пирсинг? |  |
| 12. | Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты, головная боль? |  |
| 13. | Болели ли Вы малярией, туберкулезом, бруцеллезом, сифилисом? |  |
| 14. | Связана ли Ваша работа или хобби с опасностью для своей жизни или окружающих (управление транспортным средством, нахождение в высотных или подводных условиях, работа с электросетями под высоким напряжением и так далее). |  |
| 15. | Вы ознакомлены с информацией о СПИДе (ВИЧ-инфекции) и вирусных гепатитах? |  |
| 16. | Меняли ли Вы фамилию? Если да – укажите предыдущую. |  |
| 1. **Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как:** | | |
| 17. | Желтуха, малярия, туберкулез, ревматизм? |  |
| 18. | Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление? |  |
| 19. | Тяжелая аллергия, астма? |  |
| 20. | Судороги или заболевания нервной системы? |  |
| 21. | Хронические болезни, такие как диабет или онкологические заболевания? |  |
| 1. **Были ли у Вас:** | | |
| 22. | Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну? |  |
| 23. | Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор? |  |
| 24. | Были ли отводы от дачи крови? |  |
| 1. **Дополнительно для женщин:** | | |
| 25. | Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев? |  |
| 26. | Кормите ли Вы грудью? |  |
| 1. **Дополнительно для самооценки:** | | |
| 27. | Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств?  Принимали ли Вы когда-нибудь плату за услуги сексуального характера?  За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые:  -инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита  -внутривенно принимали наркотические средства  -получают или получали плату за услуги сексуального характера  -с другими мужчинами? (для мужчин)  Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем?  Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)?  Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой? | |
|  | Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить «да» на один или более вопросов пункта 27 – поставьте галочку |  |

Я заявляю, что полностью понял(а) все вопросы анкеты и ответил(а) на них правдиво, осознавая значимость этой информации для меня и здоровья пациента.

Я подтверждаю, что даю кровь или ее компоненты добровольно, без принуждения и моя кровь или ее компоненты могут быть использованы для медицинских целей.

Я даю согласие на то, что моя кровь будет обследована на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С и другие инфекции. В случае получения положительных результатов тестов на маркеры данных инфекций сведения будут переданы в соответствующие медицинские организации для уточнения диагноза и принятия решения о лечении.

Я понимаю, что лабораторные исследования моей крови проводятся исключительно в целях безопасности пациентов.

Я предупрежден(а) о включении моей персональной информации в базу данных Центра крови.

Я согласен (согласна) на получение информационных рассылок с целью приглашения для участия в донорстве (да/нет).

Я предупрежден(а), что в случае предоставления недостоверных сведений могу быть привлечен(а) к ответственности в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Я подтверждаю, что полностью понял(а) все перечисленные выше вопросы, которые были разъяснены мне на русском языке врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись донора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_