|  |
| --- |
|  Донордың сауалнамасы |
|   |

Донорлық қанды қажет ететін пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды білдіреміз!

      Сізге қойылған сұрақтарға шынайы жауап беруіңізді өтінеміз ("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, алдағы тегіңізді \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 көрсетіңіз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Туған күніңіз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Жынысыңыз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail (донорлыққа қатысу үшін шақырту мақсатында ақпараттық хабарлама алуға келісіміңіз болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Үй мекенжайыңыз: нақты тұрғылықты жеріңіз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тіркелген мекенжайыңыз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Жұмыс/оқу орны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Лауазымыңыз / Курс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Емхана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| р/с № | Сұрақтар | Жауап нұсқалары |
| Жалпы денсаулығыңыздың жай-күйін, эпидемиологиялық ортаны, айрықша еңбек жағдайды анықтауға арналған сұрақтар |
| 1. | Өзіңізді бүгін жақсы сезініп тұрсыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
|  | Сіз жоғары немесе төмен артериялық қан қысымын үнемі/жиі/сирек сезінесіз бе? (қажетті сөздің астын сызыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 2. | Бүгін түнде демалдыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 3. | Соңғы уақытта мына аталғандардың бірін өзіңізден байқадыңыз ба: қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану(лар), түнгі терішендік, бас ауруы? (қажетті сөздің астын сызыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ "Жауап беруге қиналамын" |
| 4. | Соңғы 14 күннің ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 5. | Соңғы 48 сағат ішінде алкогольдік ішімдік іштіңіз бе? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 6. | Соңғы айда дәрі-дәрімек іштіңіз бе немесе бір жылдың ішінде екпе алдыңыз ба? Егер "иә" деп жауап берсеңіз, қандай және немен байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ "Жауап беруге қиналамын" |
| 7. | Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, немен байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 8. | Сізге соңғы 12 айда донорлық қан немесе оның компоненттері құйылды ма? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, немен байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 9. | Сізге өмірде хирургиялық араласу, оның ішінде косметикалық операциялар немесе ағзаны алып тастау операциясы жүргізілді ме? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 10. | Соңғы 4 айда мына аталғандардың бірі жүргізілді ме: венаға немесе бұлшықетке инъекция салу, инемен тесу, татуировка, пирсинг жасату? (қажетті сөздің астын сызыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 11. | Өміріңізде безгек, туберкулез, бруцеллез, ревматизм, вирустық гепатитпен(тер) ауырдыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 12. | ЖИТС және вирустық гепатиттер қалай берілетінін білесіз бе? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ "Жауап бруге қиналамын" |
| 13. | Сіздің жұмысыңыз немесе әуестігіңіз күрделі немесе айрықша жұмыс жағдайына байланысты ма? Егер "иә" деп жауап берсеңіз, немен байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ "Жауап беруге қиналамын" |
| Бұрын ауырған немесе қазіргі аурулар туралы ақпаратты анықтауға арналған сұрақтар |
| 14. | Өміріңізде ішкі ағзалардың (мысалы, жүрек, өкпе, бүйрек, бауыр, жүйке, жыныстық жүйесі), күрделі аллергия, бронх демікпесі, туа біткен кемістіктер, (эпилептикалық) құрысу сияқты күрделі ауруларына шалдықтыңыз ба? (қажетті сөздің астын сызыңыз немесе тізімде болмаса қосыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 15. | Созылмалы ауру бойынша дәрігерде диспансерлік есепте тұрсыз ба (мысалы, қант диабеті, ісіктер)? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, қандай ауруларға байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 16. | Ауру бойынша мүгедек тобы бар ма? Егер "иә"деп жауап беретін болсаңыз, аурудың түрін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| Қосымша ақпарат |
| 17. | Шетелде 4 айдан артық мерзім болдыңыз ба? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, елдің атауы мен болған мерзімді көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 18. | Бұрын-соңды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, мерзімін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 19. | Әйелдер үшін қосымша: соңғы 6 айда жүктілік болды ма, сонымен қатар қазір бала емізесіз бе? (қажетті сөздің астын сызыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| Мінез-құлықтың қауіп-қатер факторларын анықтауға арналған сұрақтар (инфекция жұқтыру мүмкіндігі болған жағдайда) |
| Сауалнаманың осы тармағын толтырудың ерекшелігіне назар аударуыңызды өтінеміз: барлық сұрақтарды мұқият оқып шығыңыз және оң жақ бағанда бір ғана жауапты көрсетіңіз: егер Сіз осы тармақтың бір немесе одан да көп сұраққа оң жауап бере алсаңыз, "ИӘ" деп белгілеңіз; егер барлық сұрақтарға теріс жауап беретін болсаңыз, "ЖОҚ" деп белгілеңіз; егер бір немесе бірнеше сұраққа жауап беруге қиналсаңыз "Жауап беруге қиналамын" деп белгілеңіз. |
| 20. | 1) Соңғы 12 айда бас бостандығынан айыру немесе алдын-ала қамау орындарында болдыңыз ба?2) Сіз бұрын-сонды қандай да бір есірткі құралдарының инъекциясын медициналық тағайындаусыз салдыңыз ба?3) Соңғы 12 айда АИТВ немесе вирустық гепатитті жұқтырған немесе вена арқылы есірткі заттарын қабылдайтын немесе сексуалдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алатындармен сексуалдық қатынаста болдыңыз ба?4) Сіз бұрын сексуалдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба?5) Сізде бұрын-сонды гомосексуалды (жыңысыңыз бір) партнер(лермен) жыныстық қатынастар болды ма?6) Өміріңізде жыныстық жолмен берілетін ауруларға шалдықтыңыз ба?7) Соңғы уақытта үйде, жақын айналада немесе жұмыста вирустық гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба?8) Жараға немесе шырышты қабатыңызға басқа адам қанының тамып кеткен жарақаттану жағдайлары орын алды ма? (мысалы, тесетін немесе кесетін құралмен шаншу) |  "ИӘ"/"ЖОҚ"/"Жауап беруге қиналамын" |

 Мен

1) қанды және оның компоненттерін медициналық мақсатта пайдалану үшін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз тапсыратынымды;

2) осы ақпараттың мен үшін және қан мен оның компоненттерін құю үшін пайдаланған кезде пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді;

3) жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жауапқа тартылатыным ескертілгенін;

4) менің дербес ақпаратымды қан және оның компоненттері донорларының электрондық дерекқорына енгізуге және оны автоматтандырылған ақпараттық жүйе арқылы өңдеуге рұқсат бергенімді растаймын.

5) маған: менің қаным (АИТВ, мерез, В және С гепатиттері) инфекциялары маркеріне тексерілетіні; осы инфекция маркерлеріне тестілеуде оң нәтижені алған жағдайда мәліметтер диагнозды нақтылау және ем туралы шешім қабылдау үшін тиісті медициналық ұйымдарға берілетіні ескертілді.

 6) донациялау алдында сауалнама жүргізу, сондай-ақ инфекциялар маркерлеріне зертханалық зерттеулер қанды және оның компоненттерін құюдың қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында ғана жүргізілетінін түсінемін.

      Донациялау кезінде алынған қанымның үлгісін иесіздендірілген нысанда ғылыми зерттеулер жүргізу үшін пайдалануға келісім беремін.

      Донордың қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дәрігердің қолы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_Күні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Мен, донорлыққа қатысу үшін шақыру мақсатындағы ақпараттық хабарламаны мобильдік байланыс және (немесе) электронды пошта арқылы алуға келісім беретінімді растаймын. Донордың қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_