

## Анкета донора крови и её компонентов

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 \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ электронный адрес \_\_\_\_\_

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

Домашний телефон \_\_\_\_\_ Мобильный телефон \_\_\_\_\_

Рабочий телефон \_\_\_\_\_ Место работы \_\_\_\_\_

	Вопросы	Ответы
	<b>1 Общее состояние здоровья и эпидемиологическое состояние</b>	
1	Хорошее ли у Вас общее самочувствие?	
2	Отдыхали ли вы сегодня ночью?	
3	Производились ли за последние 14дней удаление зубов?	
4	Употребляли ли Вы 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 в последние 6 месяцев?	
7	Вам переливали за последние 4месяца донорскую кровь или её компоненты?	
8	Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические)?	
9	Принимали ли Вы за последние 2недели лекарственные препараты ,включая аспирин или антибиотики ,а так же гормоны роста?	
10	Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции?	
11	Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, наложение или снятие татуировки, пирсинг?	
12	Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты?	
13	Болели ли Вы вирусным гепатитом, туберкулезом, малярией,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 путях передачи (ВИЧ-инфекции) и вирусных гепатитах?	
16	Меняли ли Вы фамилию ? Если «да» - укажите предыдущую ?	
	<b>2 Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания такие как?</b>	
17	Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление?	
18	Тяжелая аллергия, астма	
19	Судороги или заболевания нервной системы ?	
20	Хронические заболевания ,такие как сахарный диабет или онкологические заболевания	
	<b>3. Были ли у Вас :</b>	
21	Выезд за рубеж за последние 3 года ? Назовите страну?	
22	Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор ?	
23	Были ли отводы от кроводачи ?	

	<b>4. Дополнительно для женщин:</b>	
24	Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев ?	
25	Кормите ли Вы ребенка грудью?	
	<b>5. Дополнительно для самооценки:</b>	
26	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 болным гепатитом ( в семье или на работе ) Имело ли место попадания крови другого человека на вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой ?	
	<b>Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить «Да» на один или более вопросов пункта 26- поставьте галочку</b>	

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

Я подтверждаю, что даю кровь или её компоненты добровольно, без принуждения и моя кровь или её 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 необходимые 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 пациента

Я предупрежден о включении моей персональной информации в базу данных Центра крови  
 Я согласен 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 \_\_\_\_\_ языке врачом \_\_\_\_\_

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

Дата \_\_\_\_\_