**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | № | **1. Было ли за последние 12 месяцев:** | Ответы | | | 1 | Употребление алкоголя за последние 48 часов | да | нет | | 2 | Удаление зубов за последние 10 дней | да | нет | | 3 | Прием лекарств последний месяц | да | нет | | 4 | Прививки от гепатита В, гриппа, ковида, столбняка, дифтерии бруцеллеза, другие за последний месяц. | да | нет | | 5 | Прием лекарств для профилактики ВИЧ- инфекции за последние 4 месяца | да | нет | | 6 | Иглоукалывание, татуировка, пирсинг, инъекции за последние 4 месяца | да | нет | | 7 | Бытовые контакты с больными гепатитами А, В, С, ВИЧ за последние 6 месяцев | да | нет | | 8 | Обращение за медицинской помощью за последние 6 месяцев | да | нет | | 9 | Переливание донорской крови за последние 12 месяцев | да | нет | | 10 | Хирургические вмешательства, косметологические процедуры за последние 12 месяца | да | нет | | 11 | Беспорядочные половые связи с гетеро или гомосексуальными партнерами за последние 12 месяцев. | да | нет | | 12 | Нерегулярные отношения с гомосексуальным(и) партнером (рами) за последние 12 месяцев. | да | нет | | 13 | Регулярные отношения с постоянным гомосексуальным партнером за последние 12 месяцев. | да | нет | | 14 | Пребывание в местах лишения свободы за последние 12 месяцев | да | нет | | 15 | Плата за услуги сексуального характера за последние 12 месяцев | да | нет | | 16 | Попадание чужой крови на слизистую оболочку или кожу, в том числе при повреждении колюще-режущими предметами. | да | нет | | 17 | Употребление инъекционных наркотических средств за последние 12 месяцев. | да | нет | | 17 | Следующие симптомы: выделения, наросты, язвочки в области половых органов, чувство жжения, боли при мочеиспускании, увеличение паховых лимфоузлов за последние 12 месяцев | да | нет | | 18 | Пребывание более 4 месяцев в странах тропического и субтропического климата за последние 12 месяцев | да | нет |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | № | **2. Имеется ли сейчас**  **или было в течение жизни:** | Ответы | | | 19 | Частые изменения артериального давления | да | нет | | 20 | Необъяснимые подъемы температуры, потеря веса, обморок(и), ночная потливость, головная боль за последние 12 месяцев. | да | нет | | 21 | Группа инвалидности или диспансерный учет по заболеванию. | да | нет | | 22 | Инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция, сифилис, гепатиты В или С, бруцеллез, туберкулез (все формы), тиф сыпной, туляремия, лепра и заболевания, передающиеся половым путем. | да | нет | | 23 | Неинфекционные заболевания: сердца, легких, почек, печени, нервной, половой системы, тяжелая аллергия,бронхиальная астма, врожденные пороки, судороги (эпилептические) | да | нет | | 24 | Паразитарные заболевания | да | нет | | 25 | Хронические кожные заболевания | да | нет | | 26 | Введение чужеродных стволовых клеток, пересадка роговицы, твердой мозговой оболочки. | да | нет | | 27 | Операции с удалением конечности и (или) органа в течение жизни. | да | нет | | 28 | Положительные результаты исследований на наличие маркеров ВГВ, ВГС, сифилис, ВИЧ | да | нет |  |  | | --- | | **3. Вопросы только для лиц, женского пола:** | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 29 | 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 | | |

Дата заполнения анкеты «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20 г Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**"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 заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_