

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 телефон _____

Место работы/учебы _____ Должность/ Курс _____

№ п/п	Вопросы	Варианты ответа
1. Было ли за последние 12 месяцев:		
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
18	Следующие симптомы: выделения, наросты, язвочки в области половых органов, чувство жжения, боли при мочеиспускании, увеличение паховых лимфоузлов за последние 12 месяцев	ДА / НЕТ

19	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:		
20	Частые изменения артериального давления	ДА / НЕТ
21	Необъяснимые подъемы температуры, потеря веса, обморок(и), ночная потливость, головная боль за последние 12 месяцев.	ДА / НЕТ
22	Группа инвалидности или диспансерный учет по заболеванию.	ДА / НЕТ
23	Инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция, сифилис, гепатиты В или С, бруцеллез, туберкулез (все формы), тиф сыпной, туляремия, лепра и заболевания, передающиеся половым путем.	ДА / НЕТ
24	Неинфекционные заболевания: сердца, легких, почек, печени, нервной, половой системы, тяжелая аллергия, бронхиальная астма, врожденные пороки, судороги (эпилептические)	ДА / НЕТ
25	Паразитарные заболевания	ДА / НЕТ
26	Хронические кожные заболевания	ДА / НЕТ
27	Введение чужеродных стволовых клеток, пересадка роговицы, твердой мозговой оболочки.	ДА / НЕТ
28	Операции с удалением конечности и (или) органа в течение жизни.	ДА / НЕТ
29	Положительные результаты исследований на наличие маркеров ВГВ, ВГС, сифилис, ВИЧ	ДА / НЕТ
3. Вопросы только для лиц, женского пола:		
30	Была ли беременность, роды, лактация, медицинские аборт(ы) 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

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 _____