

АНКЕТА ОПРОСА ДОНОРОВ КРОВИ И ЕЁ КОМПОНЕНТОВ

Перед каждой сдачей крови или её компонентов, донор обязан заполнить данную анкету. Если возникнут какие-нибудь вопросы или неясности при заполнении анкеты, следует обратиться к врачу учреждения донорства крови.

Имя, фамилия донора _____

	Да	Нет
1. Хорошо ли Вы себя чувствуете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
2. Было ли в течение последних 2-ух лет внезапно, без причины:		
• потеря веса?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• повышение температуры?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• понос?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• сыпь на коже, слизистой, губах ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• увеличение лимфатических узлов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Употребляли ли Вы в течение последнего месяца лекарства, делали прививки, посещали одонтолога?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Читали ли Вы, знаете и понимаете, что такое СПИД, гепатиты и безопасный секс и о том, что партнер может заразить гепатитом, хотя сам никогда не болел желтухой?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Были ли у Вас в течение 12 месяцев половые отношения с партнером:		
• инфицированным вирусами человеческого иммунодефицита или гепатита?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• употребляющим наркотики инъекционным путем?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• получающим вознаграждение (особенно деньгами или наркотиками) за половые отношения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• болеющим гемофилией?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Употребляли ли Вы когда-нибудь наркотические вещества, особенно инъекционные?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Были ли у Вас половые отношения за деньги или наркотики?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. В течение последних 12-и месяцев:		
• проходили ли Вы медицинское обследование или были оперированы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• делали ли Вы проколы для украшений, татуировки, лечились акупунктурой?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• была ли Вам перелита кровь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Имеете ли Вы родственников, болеющих болезнью Кройцфельда-Якоба (CJD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Лечились ли Вы препаратами, изготовленными из человеческих органов или органов животных?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Были ли Вы в течение последних 12-и месяцев в местах предварительного заключения или лишения свободы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Имели ли Вы бытовые отношения с лицами, инфицированными вирусами человеческого иммунодефицита или гепатита (в семье, на работе, в кругу друзей)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Где Вы родились? _____		
14. Жили ли Вы за границей? Где и в течение какого времени? _____		
15. Выезжали ли Вы за границу? Куда и в течение какого времени? _____		
16. Болели ли Вы когда-либо:		
• желтухой, малярией, туберкулезом, ревматической лихорадкой?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• болезнями сердца и кровеносных сосудов, болезнями повышенного кровяного давления?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• аллергией, астмой?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• болезнями нервной системы, были ли судороги, потеря сознания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• хроническими заболеваниями (сахарный диабет, злокачественные заболевания, язвенная болезнь желудка)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• болезнями крови?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• болезнями, передающимися половым путем?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• болезнью COVID-19 (инфекцией коронавируса)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Если Вы болели COVID-19 (инфекцией коронавируса), когда вылечились от нее? _____		
18. Связанна ли Ваша трудовая деятельность с факторами риска?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Отказывались ли Вы когда-нибудь сдать кровь или её компоненты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Было ли когда-нибудь Вам отказано в приеме Вашей крови или её компонентов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Вопрос для мужчин:		
• были ли у Вас половые отношения с другими мужчинами?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Вопрос для женщин:		
• думаете ли Вы, что Ваш половой партнер может иметь половые отношения с другими мужчинами?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• являетесь ли Вы беременной (или были в течение последних 12 месяцев)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Что желаете сдать:		
• кровь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• плазму?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• тромбоциты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• эритроциты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• двойную дозу эритроцитов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Подтверждаю, что прочитал (-а) и понял (-а) предъявленный мне учебный материал, имел (а) возможность задать вопросы, получил (-а) ответы на все заданные мною вопросы и по предъявленной информации, соглашаюсь продолжать процесс сдачи крови или её компонентов. Заверяю, что вся мною предъявленная информация, по моему известию, является правильной.

Донор _____

Подпись, дата

Врач учреждения донорства крови _____

Подпись, дата

СОГЛАСИЕ / НЕСОГЛАСИЕ ДОНОРА НА СДАЧУ КРОВИ

При Вашем согласии у Вас будет взята стандартная доза крови в объеме 450 мл.

Процедура является безопасной с точки зрения передачи инфекций, так как используются лишь одноразовые средства.

Количество эритроцитов восстанавливается в течение 60 дней, поэтому Вы сможете сдавать кровь повторно лишь после двух месяцев. Перед сдачей крови следует отдохнуть, выспаться, не рекомендуется сдавать кровь после работы в ночную смену. Причины большинства реакций являются психологическими (страх, страх перед иглой, боль в месте укола, в случае неудачной пункции вены). Место пункции вены после сдачи крови должно быть забинтовано не меньше 2 часов. После сдачи крови обязателен отдых в течение 15-20 минут.

Хотя процедура взятия крови является безопасной, во время нее либо после процедуры могут возникнуть **нежелательные (побочные) реакции:**

- неприятное ощущение или кровоподтек в месте укола;
- возможна общая слабость, головокружение, легкая тошнота, сердцебиение;
- реакции средней тяжести или тяжкие реакции (потеря сознания, обморок), случаются редко;
- в случае возникновения любого из вышеперечисленных признаков необходимо сообщить об этом работнику, проводящему процедуру, тогда Вам будет оказана необходимая медицинская помощь.

Я, _____
(имя, фамилия донора)

подтверждаю, что врач ответил на все мои вопросы, подробно и понятно разъяснил о:

- процедуре взятия крови, ее целесообразности и том, как она проходит;
- возможные нежелательные реакции во время процедуры либо после нее.

Я верно понял информацию, предоставленную мне врачом, п о д т в е р ж д а ю, что ознакомился и понял правила внутреннего порядка ОБУ Национального центра крови и по своей воле

согласен (-а) / не согласен (-а)

(ненужное зачеркнуть)

сдать кровь, а также на то, чтобы в случае возникновения непредусмотренных обстоятельств или нежелательных реакций были приняты все меры, которые необходимы в этой ситуации.

Подтверждаю, что у меня была возможность выбрать, хочу ли я, чтобы меня приглашали для сдачи крови, я вижу свой выбор в учетной карточке донора и информирован о том, что могу менять свой выбор.

Я понимаю, что мои личные данные необходимы в процессе приготовления крови и ее компонентов в ОБУ Национальном центре крови, поэтому с о г л а с е н с тем, что мои личные данные будут подвергаться обработке в информационной системе ОБУ Национального центра крови eProgesa. Согласен с тем, что мои личные данные будут предоставлены Реестру доноров крови. Подтверждаю, что я ознакомился с информацией об обработке моих личных данных, которая указана в предъявленном мне информационном уведомлении об обработке данных и знаю, что данная информация также предоставлена на сайте www.kraujodonoryste.lt.

Подпись донора _____, дата _____.

Фамилия, имя, подпись врача _____, дата _____.
