

## АНКЕТА ОПРОСА ДОНОРОВ КРОВИ И СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ КРОВИ

Каждый раз, прежде чем сдать кровь или составные части крови донор обязан заполнить данную анкету, а если возникли вопросы, обратиться к врачу учреждения донорства крови. Выбранный ответ отметить X.

Имя, фамилия донора \_\_\_\_\_

- |   | Да                       | Нет                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Хорошо ли себя чувствуете?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Принимали ли в последний месяц лекарства, вакцинировались, посещали одонтолога? Если да, уточните  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Читали ли учебный материал учреждения донорства, знаете и понимаете, что такое СПИД, гепатит и безопасные половые отношения?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Имели ли вы в течение последних 12 месяцев половые отношения с партнером:  |                          |                          |
| - инфицированным вирусами иммунодефицита человека или гепатитов?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - принимавшим инъекционные наркотики?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - получающим вознаграждение (особенно деньгами или наркотиками) за половые отношения?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - болеющим гемофилией (нарушением свертывания крови)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Принимали ли вы когда-нибудь наркотические или другие нелегально приобретенные вещества (анаболические стероиды), особенно инъекционные? Если да, уточните | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Имели ли вы когда-нибудь половые отношения за деньги или наркотики? Если да, уточните  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Имели ли вы небезопасные половые отношения в течение последних 6 месяцев (как определено в учебном материале учреждения донорства крови)?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. В течение последних 12 месяцев:  |                          |                          |
| - обследовались в учреждении ухода за личным здоровьем, оперировались?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - вводили серьги, делали татуировку или лечились акупунктурой?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - вам выполнено переливание компонентов крови?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Вопрос женщинам:   |                          |                          |
| - являетесь (были в течение последних 12 месяцев) беременной?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Имеете ли родственников, болеющих болезнью Кройцфельда-Якоба?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Лечились ли препаратами, произведенными из органов человека или животных (гормоны роста, лечение бесплодия гормонами, гонадотропические гормоны)?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Где родились (укажите страну)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Были ли вы в течение последних 12 месяцев заключен в местах предварительного заключения или лишения свободы?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Жили ли вы за границей в период 4 лет дольше, чем 6 месяцев? Если да, укажите страны, в которых вы жили.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Уезжали ли вы за границу в течение последних 6 месяцев? Если да, укажите страны, куда вы ездили   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Болели ли вы когда-нибудь (если да, подчеркните):   |                          |                          |
| - желтухой, малярией, туберкулезом, другими инфекционными болезнями (уточните)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - болезнями сердца и кровеносных сосудов, болезнями увеличенного кровяного давления?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - аллергией, бронхиальной астмой?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - болезнями нервной системы, были ли судороги, нарушения сознания?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - болезнями крови, нарушением свертывания?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - половым путем распространяющимися болезнями?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - другими хроническими болезнями, из-за которых были/являетесь под наблюдением врача? Если да, уточните   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - болезнью COVID-19 (инфекцией коронавируса)? Если да, уточните дату подтверждения  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Работаете ли рискованную работу / занимаетесь рискованной деятельностью (как определяется в учебном материале учреждения донорства крови)?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Отказывались ли когда-нибудь сдать кровь или ее составные части? Если да, укажите причину   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Было ли когда-нибудь отказано в принятии у вас крови или ее составных частей? Если да, укажите причину  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Соглашаетесь ли дать:   |                          |                          |
| - кровь?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - составные части крови (тромбоциты / плазму / эритроциты) способом афереза?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Подтверждаю, что прочитал (-а) и понял (-а) учебный материал, имел (-а) возможность задать вопросы, получил (-а) подходящие ответы на все заданные вопросы и по представленной информации соглашаюсь продолжить процедуру сдачи крови или ее составных частей. Заверяю, что вся представленная мною информация, по имеющимся у меня данным, является верной.**

Донор \_\_\_\_\_ Лицо, осуществляющее отбор доноров \_\_\_\_\_  
 Подпись, дата \_\_\_\_\_ Подпись, дата \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ ДОНОРА СДАТЬ КРОВЬ ИЛИ СОСТАВНЫЕ ЧАСТИ КРОВИ

Я, \_\_\_\_\_  
(имя, фамилия донора)

- Подписывая данный документ, подтверждаю, что знаю о сути, характере, целях, известных и возможных нежелательных реакциях (компликациях), других важных обстоятельствах, которые могли повлиять на мое решение согласиться или отказаться сдать кровь или ее составные части, предусмотренного выполнить забора крови или составных частей крови.
- Мне понятно объяснено, что во время пожертвования / после пожертвования крови или составных частей крови могут проявиться нежелательные реакции (компликации). Я ознакомлен (-а) с ними и знаю, что, если так и случится, мне будет предоставлена квалифицированная помощь.
- Я знаю, что обязан (-а) сказать врачу о всех в прошлом бывших нарушениях здоровья, переболевших болезнях, бывших в употреблении и потребляемых лекарствах, аллергических реакциях, выполненных пожертвованиях крови или составных частей крови и проявившихся нежелательных реакциях (компликациях) и других мне известных данных, необходимых для подходящего выполнения пожертвования крови.
- Если узнаю о рисках, которые могли влиять на безопасность крови после пожертвования крови, немедленно сообщу.
- Имел (-а) возможность ознакомиться с учебным материалом донора, имел (-а) возможность задать вопросы и получить подробные ответы, связанные с анкетой опроса доноров крови и составных частей крови.
- Я информирован (-а) об обработке моих личных данных в ОУ Национальный центр крови и Реестре доноров крови. Я понимаю, что мои личные данные необходимы при подготовке крови и ее компонентов для выполнения донорства с целью исполнить предусмотренные в Законе донорства крови Литовской Республики и других правовых актах правовые обязательства в ОУ Национальный центр крови, поэтому с о г л а ш а ю с ь , чтобы мои личные данные обрабатывались в информационной системе ОУ Национальный центр крови eProgres. Соглашаюсь, чтобы мои личные данные были представлены управляющему и обработчику Реестра доноров крови. Подтверждаю, что ознакомился (-ась) с информацией об обработке моих личных данных, указанной в представленном мне информационном сообщении об обработке данных, и знаю, что данная информация также доступна на [www.kraujodonoryste.lt](http://www.kraujodonoryste.lt).
- Подтверждаю, что вся представленная мною информация (на сколько я знаю) является верной.

**СОГЛАШАЮСЬ** (нужное подчеркнуть) **дать кровь**  
**дать составные части крови (тромбоциты)**

Подпись донора \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

И., фамилия врача \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_