Ф. И. О. донора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (полное число лет) Пол

АНКЕТА ДОНОРА

А. Общее состояние здоровья ДА НЕТ

1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? (нужное подчеркнуть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу?
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?

Какие? (указать) \_

1. Производились ли прививки?
2. Наблюдаетесь ли сейчас у врача? \_\_

Если «ДА», по какому поводу (указать)

Б. За прошедшие б месяцев:

1. Производили ли Вам инъекции лекарств?
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?
5. Были ли Вы в контакте с больным гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? (нужное

подчеркнуть)

В. Были ли у Вас когда-нибудь:

1. Потеря веса?
2. Ночные поты?
3. Обмороки?
4. Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть)
5. Крово(плазмо)дачи? -

Если «ДА» указать дату последней .

1. Были ли отводы от кроводач?

Если «ДА», указать дату и причину отвода

1. Выезд за рубеж за последние 3 года?

Если «ДА», указать дату и название страны

Г. Дополнительно для женщин:

1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние б недель?
2. Срок последней менструации (указать}
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете?

Если «ДА», указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация,

поликлиника) и причину

Я прочитал(а), понял(а) и правильно ответил(а) на все вопросы анкеты, а также получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов и препаратов, полученных из моей крови (плазмы). Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь (плазму) для других людей. Я понимаю, что моя кровь (плазма) будет проверена на ВИЧ и другие вирусы.

Я инфсрмироеан(а), что во время процедуры взятия крови (плазмы) возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки персонала.

Я согласен (согласна) с тем, что моя кровь (плазма) будет использована так, как это необходимо больным людям.

Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со статьями 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, №25, ст. 2954).

Я согласен (согласна) с обработкой моих персональных данных в соответствии с законом Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Я согласен (согласна) получать информацию и приглашения на крово/плазмодачу посредством SMS-сообщений. Дата

Донор

(подпись) (ф. и. о.)

Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

(ф. и. о.)