

**МИНЗДРАВ РФ  
ГБУЗ РСПК**

Донор при опросе нижеперечисленные заболевания отрицает: гепатит, туберкулез, бруцеллез, малярию и др. хронические и острые заболевания. Операции. Гемотрансфузии.

Донор осмотрен. Пульс \_\_\_\_\_ уд.в 1 мин  
А.Д. \_\_\_\_\_ мм.рт.ст., t° \_\_\_\_\_, Здоров.  
Кроводача разрешена в дозе \_\_\_\_\_ мл  
на консервацию, пл-ферез, конц.тромбоцитов  
Причина отвода донора от кроводачи \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

Подписка донора

Даю подписку в том, что я не болел и не болею сифилисом. В случае заболевания обязуюсь немедленно сообщить об этом учреждению службы крови. Мне известно, что за скрытие данного заболевания я подлежу уголовной ответственности.  
\_\_\_\_\_ (подпись)

**Подгруппы по системам:**

**ABO:** \_\_\_\_\_

**Rh:** \_\_\_\_\_

**Kell:**     **ДА / НЕТ**

**а/э а/т:** **ДА / НЕТ**

**Медицинская документация Форма № 407/у  
Утверждена Минздравом СССР  
от 07.08.1985 № 1055**

Группа крови \_\_\_\_\_  
Гемоглобин г/л \_\_\_\_\_  
Взято мл \_\_\_\_\_

Контроль группы крови

Резус принадлежн. полож. отриц.

Реакция на сифилис отриц. \_\_\_\_\_

Реакция Хеддльсона отриц. \_\_\_\_\_

HBs антиген полож. отриц. \_\_\_\_\_

Общий белок г/л \_\_\_\_\_

Билирубин отриц.

АЛТ \_\_\_\_\_

АСА

Контакта по инфекционным заболеваниям: да, нет

Состоит на учете по кож-вен. заболеваниям: да, нет

Кровь пригодна: для переливания, на переработку.

Бракуется. (подчеркнуть)

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

### Анкета донора

Отвечая на вопросы анкеты поставьте «Да» или «Нет»

А.Общее состояние здоровья		Да	Нет
1. Как себя чувствуете? Хорошо?			
2.Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? <i>(нужное подчеркнуть)</i>			
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?			
7. Производились ли прививки?			
8. Наблюдаетесь ли Вы сейчас у врача? Если «ДА», по какому поводу?			
<b>Б. За прошедшие 6 месяцев:</b>			
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?			
2. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?			
3. Производили ли Вам переливание крови или её препаратов?			
4. Подвергались ли Вы хирургической операции?			
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ- инфекцией? <i>(нужное подчеркнуть)</i>			
<b>В. Были ли у Вас когда – ни будь:</b>			
1. Потеря веса?			
2. Ночные поты?			
3. Обмороки?			
4. Выезд за рубеж последние 3 года? Назовите страну.			
5. Крово (плазма)дачи? Укажите дату последней.			
6. Были ли отводы от кроводач? Укажите дату и причину отвода.			
7. Гепатит? Венерические заболевания? <i>(нужное подчеркнуть)</i>			
<b>Г. Дополнительно для женщин:</b>			
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?			
2. Срок последней менструации?			
<b>Д. За прошедшие 14 дней до донации</b>			
1.Посещали эпидемиологически неблагополучные по новой коронавирусной инфекции COVID-19 страны и регионы.			
2.Контактировали с лицами,находящимися под наблюдением/на карантине/в самоизоляции в связи с новой коронавирусной инфекцией COVID-19			
3.Контактировали с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19			
<b>Е. Были ли у вас за прошедшие 3 месяца до донации</b>			
1.Подтвержденный случай новой коронавирусной инфекции COVID-19			

Состоите ли Вы на диспансерном учете? \_\_\_\_\_

Если ДА, то в каком диспансере? \_\_\_\_\_

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).

Я даю согласие оператору ГБУЗ РСПК на обработку и передачу в ЕИБД следующих категорий моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, номер телефона, фотография, СНИЛС с целью внесения информации в ЕИБД и СМС информирования.

\*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 информирован (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 осведомлен(а), что моя кровь (плазма) будет заложена на карантинное хранение и даю согласие на проведение повторных анализов через 6 месяцев.

\*Если имеются затруднения при ответе на вопрос: «Кто относится к группе риска?» - обратитесь к врачу.

Я обязуюсь сообщить об ухудшении состояния здоровья в течении 14 дней после донации.

Дата \_\_\_\_\_

Донор \_\_\_\_\_ Медицинский работник \_\_\_\_\_  
(подпись) (ф. и. о.) (подпись) (ф. и. о.)