

Анкета донора крови и (или) ее компонентов

Фамилия, имя, отчество (при наличии) донора крови и (или) ее компонентов _____

Дата рождения (день, месяц, год) донора крови и (или) ее компонентов _____

N п/п	Содержание вопроса	Ответ	
1.	Хорошее ли у Вас сейчас самочувствие?	да	нет
2.	Были ли у Вас когда-либо инфекционные заболевания (в том числе болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), вирусные гепатиты В и С, сифилис, туберкулез, малярия)?	да	нет
3.	Были ли у Вас когда-либо болезни сердца, высокое или низкое артериальное давление?	да	нет
4.	Были ли у Вас когда-либо тяжелые аллергические реакции, бронхиальная астма?	да	нет
5.	Были ли у Вас когда-либо судороги и заболевания нервной системы?	да	нет
6.	Были ли у Вас когда-либо сахарный диабет, онкологические заболевания?	да	нет
7.	Находились ли Вы в контакте с больными инфекционными заболеваниями?	да	нет
8.	Были ли у Вас сексуальные связи с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), больными вирусными гепатитами В и С, сифилисом?	да	нет
9.	Пребывали ли Вы на территориях, на которых существует угроза возникновения и (или) распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий? Если ДА, то на каких?	да	нет
10.	Употребляли ли Вы когда-либо наркотические средства, психотропные вещества?	да	нет
11.	Проводилась ли Вам за последний год вакцинация (прививки) и хирургические вмешательства?	да	нет
12.	Принимаете ли Вы в настоящее время или принимали в течение последних 30 календарных дней какие-либо лекарства, включая жаропонижающие? Если ДА, то какие?	да	нет
13.	Принимали ли Вы за последние 48 часов алкоголь?	да	нет
14.	Состоите ли Вы на диспансерном учете или наблюдаетесь сейчас у врача? Если ДА, по какому поводу и в какой медицинской организации?	да	нет
15.	Для женщин беременны ли Вы в настоящее время, была ли у Вас беременность за последний год, кормите ли в настоящее время ребенка грудью?	да	нет
16.	Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 календарных дней?	да	нет

Подпись донора _____

Дата (число, месяц, год) _____

Подпись медицинского работника _____

Информированное добровольное согласие донора на медицинское обследование и донацию крови и (или) ее компонентов

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(год рождения, адрес места жительства донора)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и донацию крови и (или) ее компонентов в _____

ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ СТАНЦИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского обследования, порядок осуществления донации крови и (или) ее компонентов, связанный с ней риск, в том числе вероятность развития осложнений.

Я 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 и (или) ее компонентов. Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ-инфекции и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь и (или) ее компоненты для других людей.

Я понимаю, что моя кровь и (или) ее компоненты будут проверена на наличие маркеров ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, сифилиса.

Я информирован(а), что во время процедуры донации крови и (или) ее компонентов возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки медицинского персонала.

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.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Согласие донора на обработку персональных данных, включая специальные категории персональных данных и биометрические персональные данные

Я, _____, паспорт серии _____, номер _____, выдан _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____, проживающий(ая) по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", предоставляю _____

ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ СТАНЦИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

(полное наименование медицинской организации)

(далее - Оператор) расположенному по адресу: **г. УФА, ул. БАТЫРСКАЯ 41/1**, свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой деятельности (место работы или учебное заведение, должность). Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в единую базу данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов на основании: Федерального закона от 20.07.2012 N 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов".

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата составления согласия _____

Медрегистратор _____

Результаты медицинского обследования

1. Лабораторные исследования периферической крови (перед донацией):

1.1. Общий гемоглобин _____

1.2. Группа крови по системе ABO _____, резус, _____, Kell _____

1.3. Гематокрит _____

2. Осмотр врача-трансфузиолога: _____

2.1 Вес _____ 2.2 Рост _____ 2.3. t° тела _____

2.4. АД _____ мм рт.ст. 2.5 Пульс _____ в мин.

2.6. Пальпация лимфатических узлов _____

2.7. Осмотр кожных покровов _____

2.8. Осмотр видимых слизистых оболочек, склер _____

2.9. Перенесенные заболевания _____

3. Донор допускается к донации крови и (или) ее компонентов (да/нет):

Донация разрешена в дозе _____ мл

Вид донации _____ консервация, плазмаферез, конц. тромбоцитов _____
причина отвода (в случае отвода от донации) _____Врач-трансфузиолог _____
(подпись) (расшифровка)**ОЗКК** _____

Взято _____ мл _____

4. Лабораторные исследования венозной крови, взятой во время каждой донации:

Маркеры вируса гепатита В, Маркеры вируса гепатита С, Маркеры вируса иммунодефицита человека, Маркеры возбудителя сифилиса

5. Иммуногематологические исследования:

группа крови по системе ABO, резус-принадлежность, антигены эритроцитов С, с, Е, е, К, аллоиммунные антитела

6. Лабораторные исследования, которые проводятся в зависимости от вида донации и интервалов между донациями:

Клинический анализ крови: тромбоциты, лейкоциты, эритроциты, лейкоцитарная формула

Биохимический анализ крови: Общий белок, Белковые фракции (альбумин, глобулин)

Дата "___" _____ 20___ г.

Врач-трансфузиолог _____
(подпись) (расшифровка)