

## АНКЕТА ОПРОСА ДОНОРА КРОВИ ИЛИ ЕЁ КОМПОНЕНТОВ

Перед каждой дачей крови или компонентов крови, донор обязан ознакомиться с вопросами данной анкеты и правильно ответить на них. Если возникнут какие – нибудь вопросы при заполнении анкеты, обратитесь к врачу Донорского центра.

Имя, Фамилия донора \_\_\_\_\_

- |  | Да                       | Нет                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Хорошо ли Вы себя чувствуете? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Было ли в течении последних 2-х лет 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? -----  | <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. Знаете ли Вы, читали ли Вы о СПИДе, гепатитах, о безопасном сексе? -----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Понимаете ли Вы, что Ваш сексуальный партнер может заразить Вас гепатитом, хотя сам не болел желтухой? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Имели ли Вы в течение 12 месяцев половые отношения с партнерами:  |                          |                          |
| • инфицированными вирусами человеческого иммунодефицита или гепатита? -----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • употребляющими наркотики инъекционным путем? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • получающими деньги за половые отношения? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • больными гемофилией? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Употребляли ли Вы когда нибудь наркотические вещества, особенно инъекционным способом? -----  | <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 последнего года были ли Вы:   |                          |                          |
| • оперированы или проходили медицинское обследование? -----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • делали ли Вы татуировки, лечились ли способом иглоукалывания? -----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • делали проколы для ввода серёг? -----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • были ли перелиты компоненты крови? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Имеете Ли Вы родственников больных 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 месяцев в местах лишения свободы или предварительного заключения? ---  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Имели ли Вы бытовые отношения с лицами, инфицированными вирусом человеческого иммунодефицита или гепатита (в семье, на работе, среди друзей)?----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Где Вы родились? -----   |                          |                          |
| 14. Проживали ли Вы за границей? В какой стране? В течение какого времени там находились?-----   |                          |                          |
| 15. Выезжали ли Вы за границу? В какую страну? В течение какого времени там находились?-----   |                          |                          |
| 16. Болели ли Вы когда-либо:   |                          |                          |
| • желтухой, малярией, туберкулезом, ревматизмом? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • болезнями сердца и кровеносных сосудов, в том числе, связанными с повышением кровяного давления?-----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • аллергией, астмой? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • болезнями нервной системы с судорогами, потерей сознания?-----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • хроническими заболеваниями (сахарный диабет, злокачественные новообразования, 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"/> |
| 17. Связана ли Ваша трудовая деятельность с факторами риска? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Было ли когда-нибудь Вам отказано в приёме Вашей крови или компонентов крови? -----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Отказывались ли Вы когда-нибудь дать кровь или компоненты крови?-----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Вопрос мужчинам:</b>  |                          |                          |
| 20. Были ли у Вас половые отношения с другими мужчинами? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Вопрос женщинам:</b>  |                          |                          |
| 21. Думаете ли Вы, что Ваш половой партнер имел половые отношения с другими мужчинами?-----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Беременны ли Вы сейчас или были беременны в течение последнего года?-----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Что желаете дать:  |                          |                          |
| • кровь? -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • тромбоциты?-----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • плазму? -----  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • эритроциты -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • двойная доза эритроцитов -----   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Подтверждаю, что прочитал и понял представленную учебную информацию, имел возможность задать вопросы, получил исчерпывающие ответы на все заданные вопросы и в соответствии с полученной информацией согласен продолжать процесс дачи крови или её составных частей, ручаясь за правильность всех представленных мною данных.

Подпись, дата \_\_\_\_\_

Врач донорского учреждения \_\_\_\_\_