

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 _____
(число, месяц, год)

Контактный телефон _____ электронная почта _____

| № п/п | Содержание вопроса | Ответ | |
|---------------------------|--|-------|-----|
| | | да | нет |
| 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? _____ (укажите) | да | нет |
| 10. | Употребляли ли Вы когда-либо наркотические средства, психотропные вещества? | да | нет |
| 11. | Проводилась ли Вам за последний год вакцинация (прививки)? | да | нет |
| 12. | Проводилась ли Вам хирургические вмешательства? Если ДА, то какие? _____ (укажите) | да | нет |
| 13. | Принимаете ли Вы в настоящее время или принимали в течение последних 30 календарных дней какие-либо лекарства, включая жаропонижающие? Если ДА, то какие? _____ (укажите) | да | нет |
| 14. | Принимали ли Вы за последние 48 часов алкоголь? | да | нет |
| 15. | Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 календарных дней? | да | нет |
| 16. | Состоите ли Вы на диспансерном учете или наблюдаетесь сейчас у врача? Если ДА, по какому поводу и в какой медицинской организации? _____ (укажите) | да | нет |
| ВОПРОСЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН | | | |
| 17. | Беременны ли Вы в настоящее время, была ли у Вас беременность за последний год, кормите ли Вы в настоящее время ребенка грудью? | да | нет |
| 18. | Было ли искусственное прерывание беременности за последние 120 календарных дней? | да | нет |

Подпись донора _____

Подпись медицинского работника _____

Дата составления анкеты _____
(число, месяц, год)