

### 献血者知情同意及健康状况征询表

#### 尊敬的朋友:

您好!感谢您参加无偿献血。

为了您本人的健康和受血者的安全,请您认真阅读并如实填写问卷中的各项内容。下列任何问题即使您回答“是”也不一定表示您今天或以后不可以献血。如有任何疑问,请向医护人员咨询。谢谢您的理解与支持。

#### 第一部分 献血前应知内容

- 1、安全的血液可挽救生命,不安全的血液却能危害生命。安全的血液只能来自于以利他主义为动机和具有健康生活方式的献血者。请高危行为者(如有静脉药瘾史、男男性行为、艾滋病或性病等)不要献血。若明知有高危行为而故意献血,造成传染病传播、流行的,根据《中华人民共和国传染病防治法》第 77 条、《艾滋病防治条例》第 38 条和第 62 条规定,可被追究相应的民事责任。
- 2、请不要为了化验而献血。国家提供艾滋病免费咨询和检测服务,如有需要,请与当地疾病预防控制中心联系(联系电话可查询全国公共卫生公益热线 12320)。
- 3、为了对您的健康状况和是否适宜献血进行评价,您需要如实填写健康状况征询表。如果表中提问涉及到您的隐私或令您感到不舒服,请您谅解。
- 4、《血站管理办法》规定,献血者在献血前应出示真实的身份证件,血站应进行核对并登记,请给予支持。
- 5、如果您认为已捐献的血液可能存在安全隐患,请在第一时间告诉我们(联系电话:0562-5830120 或 0562-5830105)。
- 6、献血过程是安全的。血液采集使用一次性无菌耗材以保证献血者安全。有些人偶尔会出现如穿刺部位青紫、出血或疼痛、献血后头晕等不适,这些不适都是轻微或短暂的。恳请每位献血者遵照献血前、后应注意的事项,以减低献血不适发生的可能。
- 7、血站严格遵从国家规定进行血液检测,将检测合格的血液用于临床,不合格血液将按照国家规定处理。血液检测结果不合格仅表明您所捐献的血液不符合国家标准的要求,不能作为感染或疾病的诊断依据。
- 8、根据《传染病防治法》规定,血站将艾滋病等检测阳性的结果及其个人资料向当地疾病预防控制中心报告。我们承诺对您的相关信息严格保密。

#### 第二部分 献血前健康征询(是在□内打“√”;否在□打“×”)

1、您是否觉得今天的身体状况适合献血?	是□	否□
2、您是否知道,如果感染了艾滋病病毒或梅毒,即使感觉无恙,检验结果呈阴性,也可能将病毒传播给他人?	是□	否□
<input type="checkbox"/> 3、(女性填写)您现在是否处于月经期及前后三天?是否已怀孕?是否在过去一年内分娩或六个月内流产?		
<input type="checkbox"/> 今日		
4、您献血的目的之一,是不是想了解您身体是否健康?有没有染上艾滋病病毒或梅毒或其他疾病?		
5、您是否正接受某种治疗或正等待医院的检验报告?		
6、今天献血后您是否会参加危险性的运动(如:爬山、潜水或滑翔)?驾驶重型汽车?从事地下或高空作业(如:飞行、消防员、棚架工作)?		
<input type="checkbox"/> 在过去 24 小时内		
7、是否曾经注射类毒素、灭活或基因工程技术制成的疫苗(包括霍乱、伤寒、白喉、破伤风、甲型肝炎、乙型肝炎、流行性感、脊髓灰质炎或百日咳等),且并无病症或不良反应出现?		

<input type="checkbox"/> <b>在过去 3 天内</b> 8、是否曾接受任何口腔护理（包括刷牙等）？
<input type="checkbox"/> <b>在过去 5 天内</b> 9、是否服用阿司匹林或含阿司匹林的药物？
<input type="checkbox"/> <b>在过去 1 周内</b> 10、您是否有发热、头痛或腹泻？是否曾患有感冒、急性胃肠炎？是否有任何未愈合的伤口或皮肤炎症？
<input type="checkbox"/> <b>在过去 2 周内</b> 11、是否曾拔牙？是否曾患有广泛性炎症？是否有其他小手术？ 12、是否曾经注射减毒活疫苗，如麻疹、腮腺炎、黄热病、脊髓灰质炎等？
<input type="checkbox"/> <b>在过去 4 周内</b> 13、是否曾接触传染病患者，如：水痘、麻疹、肺结核等？ 14、是否曾接受减毒活疫苗注射，如：伤寒疫苗、风疹活疫苗、狂犬病疫苗、水痘疫苗？ 15、是否曾有不明原因的腹泻？
<input type="checkbox"/> <b>在过去一年内</b> 16、是否曾纹身、穿耳或曾被使用过的针刺伤等？是否曾意外接触血液或血液污染的仪器？ 17、是否曾注射乙型肝炎免疫球蛋白？ 18、曾被动物咬伤并因此注射狂犬疫苗？ 19、是否曾接受外科手术（包括内窥镜检查、使用导管作治疗等）？或接受输血治疗？
<input type="checkbox"/> <b>健康史情况</b> 20、您是否曾有下列情况： 1) 接受凝血因子治疗？接受脑垂体激素药物如生长激素治疗？ 2) 您本人或直系亲属是否患克雅氏病（疯牛病）？ 3) 是否曾有晕厥、痉挛、抽搐或意识丧失？ 4) 是否对某些药物产生过敏反应？ 5) 曾感染过猪带绦虫、蛔虫、蛲虫等，尚未治愈？ 6) 是否曾患有肺结核或肺外结核？ 7) 是否被告知永久不能献血？ 21、是否曾患有任何严重疾病？ 1) 循环系统疾病（例如：冠心病、高血压病、心脏瓣膜病等） 2) 呼吸系统疾病（例如：支气管哮喘、支气管扩张、慢性支气管炎、肺气肿等） 3) 消化系统疾病（例如：胃溃疡、十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎等） 4) 血液系统疾病（例如：溶血性贫血、再生障碍性贫血、凝血性疾病等） 5) 恶性肿瘤（例如：胃癌、食管癌、肺癌、白血病等） 6) 内分泌及代谢性疾病（例如：糖尿病、甲状腺功能亢进等） 7) 神经系统疾病（例如：癫痫、脑出血等） 8) 精神系统疾病（例如：抑郁症、躁狂症等） 9) 泌尿及生殖系统疾病（例如：肾、膀胱、尿道疾病等） 10) 免疫系统疾病（例如：红斑狼疮、风湿性关节炎等） 11) 慢性皮肤病患者（例如：黄癣、广泛性湿疹、全身性牛皮癣等） 12) 严重寄生虫病（例如：血吸虫病、丝虫病、吸虫病等） 13) 其他严重疾病 22、是否曾患有传染病或性病？ 1) 12 个月内是否曾患有甲型肝炎？ 2) 是否是病毒性肝炎患者或感染者？病毒性肝炎血液检测阳性？如：乙型肝炎、丙型肝炎。 3) 是否是梅毒感染者或梅毒螺旋体检测阳性者？ 4) 是否是 HIV 感染者或 HIV 检测阳性者？ 5) 是否患有淋病、尖锐湿疣等？ 6) 3 年内是否患有疟疾？12 个月内是否曾前往疟疾流行区？

**生活习惯**

23、 您是否曾有下列情况：

1) 您是否曾滥服药物或注射毒品？

2) 您是否曾接受（或给予）金钱而与他人发生性行为？

3) 如您是男性，您是否曾与另一男性发生性行为？

4) 您是否同时期有多个性伙伴？

5) 其他您认为不适宜献血的情况

24、 在过去的 12 个月里，您是否曾与下列人士发生过性行为？

1) 被怀疑感染了 HIV（艾滋病病毒）或 HIV 检测呈阳性的人士？

2) 滥服药物或注射毒品的人？

3) 从事提供性服务的男士或女士？

4) 有双性性行为的男士？

5) 其他您认为不适宜献血的情况。

---

**旅行情况**

25、 自 1980 年起，您是否曾居住在欧洲国家五年或以上，或于英国接受过输血？

26、 1980 年至 1996 年间，您是否曾居住于英国、爱尔兰、法国 3 个月或以上？

27、 您是否曾在传染病区（如鼠疫、霍乱、黄热病、疟疾等）居住或工作过？

### 献 血 者 登 记 表

姓 名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 龄		国 籍		民 族	
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 驾照 <input type="checkbox"/> 其他								
职 业	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 商业服务人员 <input type="checkbox"/> 医务工作者 <input type="checkbox"/> 办事人员 <input type="checkbox"/> 单位负责人 <input type="checkbox"/> 军人 <input type="checkbox"/> 专业技术人员 <input type="checkbox"/> 其他								
文化程度	<input type="checkbox"/> 大学以上 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 初中及以下								
居住状况	<input type="checkbox"/> 本地户籍 <input type="checkbox"/> 非本地户籍居住六个月以上 <input type="checkbox"/> 非本地户籍居住六个月以内								
工作单位 或通讯地址									
联系方式	手机号码							其他方式 (微信号等)	
既往 献血史	<input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 再次	上次献血类型： <input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 成分血				上次献血时间： 年 月 日			
个人意愿	是否需要献血提醒： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				是否愿意参加应急献血： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
您希望何种方式 的回访	<input type="checkbox"/> 短信 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 不需要				是否愿意加入单采 血小板献血者队伍		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

### 献血者知情同意书

本人已理解以上内容，并已知悉献血的整个过程。本人在健康征询表和献血者登记表中所提供的资料正确无误，并同意按规定对血液进行相关检测及使用。本人理解献血的血液检测结果只是安全输血的需要，不能用于疾病诊断或其他目的。本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。

献血者签字：

日期： 年 月 日

## 献 血 前 检 查 记 录

一般 体格 检查	一般检查 (以√表示正常 ×不正常): 皮肤、巩膜无黄染 <input type="checkbox"/> 皮肤无创面感染、无大面积皮肤病 <input type="checkbox"/> 四肢无严重功能障碍及关节无红肿 <input type="checkbox"/> 双臂静脉穿刺部位无皮肤损伤且无穿刺痕迹 <input type="checkbox"/>								
	体重	千克	脉搏	次/分	血压	/	Kpa	体温	正常 <input type="checkbox"/> 不正常 <input type="checkbox"/> ____℃
	检查结论: 符合要求 <input type="checkbox"/> 不符合要求 <input type="checkbox"/> 体检者签名: _____								
献血 前检 测	检	血色素 (血比重): 符合要求 <input type="checkbox"/> 不符合要求 <input type="checkbox"/>						血	血型:
	项	ALT: 符合要求 <input type="checkbox"/> 不符合要求 <input type="checkbox"/> HBsAg: 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/>							
	目	单采血小板捐献增加以下项目: 采前血小板计数: ____ ×10 <sup>9</sup> /L; Hct: ____ 其他血液成分_____捐献及增加项目: _____							
检测结论: <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 检测者签名: _____									
捐献品种和数量 评估意见		<input type="checkbox"/> 可以献血 <input type="checkbox"/> 不宜献血____ <input type="checkbox"/> 暂缓献血							
		单采血小板 <input type="checkbox"/> 1个治疗量 <input type="checkbox"/> 2个治疗量							
		全血 <input type="checkbox"/> 400ml <input type="checkbox"/> 300ml <input type="checkbox"/> 200ml							
献血者知情签名				医务人员签名					

检查日期: \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

## 采 血 记 录

采血袋用前检查: <input type="checkbox"/> 已检查完好	“可以献血及献血量”确认: <input type="checkbox"/> 可以献血_____	身份证件核对: 正确 <input type="checkbox"/> 不正确 <input type="checkbox"/>	采血 地点	
标识一致 性核对	<input type="checkbox"/> 采血袋 <input type="checkbox"/> 征询表 <input type="checkbox"/> 检验试管 <input type="checkbox"/> 留样导管 <input type="checkbox"/> 配血导管			
采血量	全血 <input type="checkbox"/> 400ml <input type="checkbox"/> 300ml <input type="checkbox"/> 200ml <input type="checkbox"/> 采血量不足 单采血小板 <input type="checkbox"/> 1个治疗量 <input type="checkbox"/> 2个治疗量		采血 时间	开始时间: ____时 ____分 时长: ____分钟 <small>(此项为信息系统故障时的应急记录)</small>
采血过程	□顺利 (□左臂 □右臂) □二次穿刺 (□左臂 □右臂 □双臂) □其他, 请说明: _____			
献血 不良反应 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	处置记录 (请说明症状、体征、处理及转归): _____  处置人签名: _____			
采血者签名: _____		采血日期: ____年 ____月 ____日		
备 注				

条 形 码 粘 贴