

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，为了您的健康和受血者的安全，在献血前请认真阅读以下内容，谢谢您的理解与支持。

无偿献血告知书

安全的血液可挽救生命，不安全的血液会危害生命。请高危行为者如静脉药瘾史、男男性行为等或具有经输血传播疾病（艾滋病、丙肝、乙肝、梅毒等）风险者不要参加献血。谢谢！

- 1.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，请与杭州市疾病预防控制中心联系（电话：**0571-85158170**）。
- 2.献血前应出示真实的身份证件，我们承诺对您的相关信息严格保密。
- 3.请您如实填写健康状况征询表。如果表中涉及到您的隐私或令您感到不舒服，请您谅解。
- 4.献血是安全的。血液采集使用一次性无菌耗材。请每位献血者遵照献血前、后注意事项，以减低献血不适发生的可能，偶尔出现如穿刺部位青紫、出血或疼痛，献血后头晕等不适，都是轻微或短暂的。
- 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：**0571-85167813**）。
- 6.血站遵守国家规定进行血液检测，合格血液将用于临床，不合格的血液按照国家规定处理；检测结果不能作为感染或疾病的诊断依据。根据法律规定，血站将向疾控中心报告艾滋病感染等检测阳性的结果和个人资料。

献血前健康状况征询表

请您仔细阅读并填写下列项目，若无下列情况，请在□内逐项打×，有则在□内打√。

免疫接种后献血规定：

- 1.二周内接受麻疹、脊髓灰质炎、腮腺炎等活疫苗。
- 四周内接受风疹、乙脑、狂犬活疫苗、抗毒素及免疫血清。
- 一年内接受乙肝人免疫球蛋白，被动物咬伤后接受狂犬病疫苗。□

暂不能献血情况：

- 2.三天内接受口腔护理，五天内服用阿司匹林类药物。
一周内感冒、急性胃肠炎、皮肤局限性炎症和活动性眼疾。□
- 3.半月内患皮肤广泛性炎症、拔牙或小手术。
一月内曾患急性泌尿道感染。□
- 4.三月内有眼科、阑尾、疝修补、扁桃体手术。
三月内患肺炎、急性肾盂肾炎。
半年内有较大手术、痢疾、弓形虫病。
- 5.一年内患伤寒、甲型肝炎、输血、良性肿瘤手术或纹身。
二年内患急性风湿热、布氏杆菌病或Q热。
三年内曾患疟疾。

不能献血的情况：

- 6.呼吸系统疾病患者，如慢性支气管炎、支气管扩张等。□
- 7.循环系统疾病患者，如心脏病、高血压病、血管疾病等。□
- 8.消化系统疾病患者，如消化性溃疡、肠道疾病、胰腺炎等。□
- 9.泌尿系统疾病患者，如急慢性肾炎、慢性尿路感染等。□
- 10.血液系统疾病患者，如各种出、凝血性疾病、白血病等。□

- 11.内分泌及代谢障碍疾病患者，如甲状腺疾病及糖尿病等。□
- 12.免疫系统疾病患者，如系统性红斑狼疮、皮炎等。□
- 13.神经系统疾病患者，如反复晕厥、脑炎、癫痫等。□
- 14.精神系统疾病患者，如抑郁症、精神分裂症、癔病等。□
- 15.慢性皮肤病患者，如黄癣、广泛性湿疹、全身性牛皮癣等。□
- 16.过敏性疾病患者，如经常性荨麻疹、药物过敏等。□
- 17.各种恶性肿瘤及影响健康的良性肿瘤患者。□
- 18.各种结核病患者，如肺结核、肾结核和骨结核等。□
- 19.寄生虫及地方病患者，如囊虫、丝虫和钩虫病、黑热病等。□
- 20.职业病患者，如放射性疾病、尘肺、矽肺等。□
- 21.接受过胃、肾、脾、肺等重要器官切除者。□
- 22.异体组织器官移植受者，如脏器、角膜、骨髓移植等。□
- 23.艾滋病患者及病毒感染者，病毒性肝炎患者及感染者。□
- 24.性传播疾病如淋病、尖锐湿疣、梅毒等，麻风病。□
- 25.药物成瘾者或有吸毒史者。□
- 26.男男性行为、多个性伴侣等高危行为。□
- 27.其他不能献血的情况。□

女性献血者填写：

- 28.月经期及前后三天，流产后未滿六个月。
妊娠期或分娩、哺乳期未滿一年。□

献血者知情同意书

本人已理解以上内容，并已知献血前应知内容和知悉献血整个过程。本人在健康征询表和献血者登记表中所提供资料正确无误，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： _____ 医护人员签字： _____ 日期： _____

浙江省血液中心献血登记表

献血者登记

(请献血者用钢笔正楷填写)

姓名		性别		年龄		国籍		民族	
证件类型		证件号码							
职业	国家工作人员 <input type="checkbox"/> 军人 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 医务人员 <input type="checkbox"/> 职员 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 自由职业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>								
文化程度		移动电话		固定电话		电子邮箱			
工作单位							QQ或其他		
通讯地址							邮政编码		
献血次数		上次献血日期:				上次献血类型:	全血 <input type="checkbox"/>	成分血 <input type="checkbox"/>	
下次献血是否需提醒:	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是否愿意参加应急献血:	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	填表日期:					

~~~~~以下由工作人员填写~~~~~

## 献血前检查记录 (检查结果请在□中打√表示)

|         |                                                                                                                   |                                                               |                                                               |                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 献血既往史查询 | 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> ) |                                                               |                                                               |                                                                 |
| 一般检查    | 体重:                                                                                                               | 千克                                                            | 脉搏:                                                           | 次/分                                                             |
|         | 血压:                                                                                                               | /                                                             | mmHg                                                          |                                                                 |
|         | 皮肤: 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>                                                      | 巩膜: 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>  | 四肢: 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>  |                                                                 |
|         | 结论: 合格 <input type="checkbox"/> 暂缓献血 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>                        |                                                               |                                                               | 检查者签名: _____ 日期: _____                                          |
| 检测      | 血型:                                                                                                               | 血比重: 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> | ALT: 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> | HBsAg: 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> |
|         | 结论: 合格 <input type="checkbox"/> 暂缓献血 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 检查者签名: _____ 日期: _____ |                                                               |                                                               |                                                                 |
| 检查结论    | 可以献血 <input type="checkbox"/> 暂缓献血 <input type="checkbox"/> 不宜献血 <input type="checkbox"/>                         |                                                               | 医务人员签名: _____                                                 |                                                                 |
|         | 我同意献血 _____ ml                                                                                                    |                                                               | 献血者签名: _____                                                  |                                                                 |

## 采血记录

|                                                                                                                                                    |                          |                 |                          |                                                                         |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 身份核对正确:                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | 可以献血及献血量已确认     | <input type="checkbox"/> | 采血袋检查完好                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| 采血地点:                                                                                                                                              | 采血量 _____ ml             |                 | 穿刺顺利                     | <input type="checkbox"/>                                                | 二次穿刺                     |
| 采血时间                                                                                                                                               | 开始:                      | 时 _____ 分 _____ | 采血后                      | 献血者、血袋、血液标本与记录一致: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 采血者签名: _____ 日期: _____   |
|                                                                                                                                                    | 结束:                      | 时 _____ 分 _____ | 核对                       |                                                                         |                          |
| 献血反应: 有 <input type="checkbox"/> (轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> ) 无 <input type="checkbox"/> |                          |                 |                          |                                                                         |                          |
| 处理措施 (请说明症状、体征、处理及转归): _____                                                                                                                       |                          |                 |                          |                                                                         |                          |
| 医护人员签名: _____                                                                                                                                      |                          |                 |                          |                                                                         |                          |
| 献血证及注意事项发放时间: _____ 时 _____ 分                                                                                                                      |                          |                 | 发证/热合者: _____            |                                                                         |                          |