

天门市血站无偿献血登记表

★ 献血者个人资料 (请通过电脑征询打印或用黑色中性笔规范填写, □内打✓。感谢您的爱心!)

姓名		性 别	☐ 男 ☐ 女	出 生 日 期	____年__月__日	国 籍	☐ 中国 ☐
民族	☐ 汉族 ☐	婚 否	☐ 已 ☐ 未	文 化 程 度	☐ 硕士及以上 ☐ 高中(中专)	☐ 大学 ☐ 初中及以下	☐ 大专
证件类型	☐ 身份证 ☐	证 件 号 码					
职业	☐ 工 人 ☐ 农 民	☐ 军 人 ☐ 学 生	☐ 公 务 员 ☐ 专技人员	☐ 医务人员 ☐ 教 师	☐ 公司职员 ☐ 私营业主	☐ 待 业 ☐ 其 它	
工作 单位					联系 电话		
家庭详 细地址					邮 政 编 码		
既 往 献 血 史	☐ 首次 ☐ 再次	上次献血时间	____年__月__日		本人自愿捐献全血	_____ml	
本人今后愿意		☐ 成为固定献血者 ☐ 捐献血液成分者 ☐ 捐献造血干细胞					

尊敬的朋友:

您好! 欢迎您参加无偿献血。

为了保障您的健康和受血者的安全,请您认真阅读并如实回答、填写问卷中的各项内容。您诚信的回答,仅作为我们初步判断您是否适宜献血的依据。如有任何疑问,请向医护人员咨询。感谢您的爱心与支持!

献血前应知内容

1、安全的血液可挽救生命,不安全的血液却会传播疾病。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无偿献血者。请高危行为人员(如有静脉药瘾史、男男性行为、艾滋病或性病等人员)不要参加献血。若明知有高危行为而隐瞒并故意献血,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甚至刑事责任。

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,联系电话:12320。

3、为了对您的健康状况是否适宜献血进行评估,需要您如实填写健康状况征询表。如果表中的提问涉及到您个人的隐私或令您感到不舒服,请您谅解。

4、为了真实、准确地记录您本次无偿献血信息,保障您的权益,请您献血时携带有效身份证件。

5、如果您认为已捐献的血液可能存在安全隐患,请您在第一时间告诉我们(联系电话:0728-5236866),我们将按相关规定实施保密性弃血并妥善处置血液。

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。少数献血者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,这些都是轻微或短暂的。恳请您遵照血站工作人员的叮嘱和献血前、后应注意的事项,以减少降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《医疗废物管理条例》规范处置。血液检测结果不合格仅表明您所捐献的血液不适宜用于临床,不能作为已感染或罹患疾病的诊断依据。

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。

献血前健康征询表

若有以下情况，请在该序号处打“√”，则视为暂时不适宜献血。

今日/现时

1. 您是否觉得今天的身体状况不适合献血？
2. 您是否正等待医院的检验报告或正接受某种治疗？
3. 今天献血后您是否会参加危险性的运动如攀岩、潜水或滑翔？或驾驶重型汽车？或从事地下高空作业如飞行、消防员、棚架工作？
4. 您献血的目的之一，是不是想了解您身体是否健康？是否染上艾滋病病毒或梅毒或其他疾病？
5. 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，也有可能将病毒传播给他人？

在过去 24 小时内

6. 是否曾经注射伤寒、白喉、破伤风、甲肝、乙肝、流感、脊髓灰质炎或百日咳等疫苗？

在过去 3 天内

7. 是否曾接受任何口腔护理（包括洗牙等）？

在过去 5 天内

8. 是否服用阿司匹林或含阿司匹林的药物？

在过去一周内

9. 是否持续出现发热？是否曾患有上呼吸道感染、急性胃肠炎？
10. 是否有任何未愈合的伤口或皮肤局限性炎症？
11. 是否有活动性、进展性眼科疾病？

在过去二周内

12. 是否拔牙或做过其他小手术？是否患有广泛性炎症？
13. 是否曾经注射减毒活疫苗如麻疹、腮腺炎、黄热病、脊髓灰质炎等疫苗？

在过去四周内

14. 是否患过急性尿路感染？
15. 是否密切接触水痘、麻疹、肺结核等传染病患者？
16. 是否注射过伤寒、风疹、狂犬病、水痘等疫苗？

在过去三个月内

17. 是否出现原因不明的消瘦、持续性发热、腹泻不止、淋巴结肿大？
18. 是否患过肺炎、急性肾盂肾炎？做过阑尾炎手术、疝修补术、扁桃体手术、眼科手术？

在过去六个月内

19. 是否患有痢疾、弓形体病？
20. 是否接受较大的外科手术？

在过去一年内

21. 是否使用非一次性器具纹身、穿耳？是否曾意外接触血液或血液污染的仪器？
22. 是否曾注射乙型肝炎免疫球蛋白？
23. 是否被动物咬伤后注射狂犬疫苗？
24. 是否曾接受良性肿瘤手术治疗？或接受输血治疗？
25. 是否患过伤寒或甲型肝炎？

在过去两年内

26. 是否患过 Q 热，急性风湿热或有后遗症？
27. 是否感染布氏杆菌？

健康史情况

28. 您是否有下述情况：

- 1) 是否长期使用某种药物如：肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、镇静催眠、精神类药物？
- 2) 是否有多次药物过敏史？
- 3) 是否曾有反复发作的晕厥、痉挛、抽搐或意识丧失？
- 4) 是否曾经感染过寄生虫如患有血吸虫病、钩虫病、丝虫病？
- 5) 是否曾患有肺结核或肺外结核？确认结核治愈是否未超过两年？

6) 是否有过职业病史如尘肺、放射性疾病或慢性中毒史? 7) 是否接受过胃、肾、脾、肺等重要器官切除手术或接受过异体组织器官移植? 8) 是否被告知永久不能献血?
29. 是否曾患有任何严重疾病? 1) 心脏病、高血压病、低血压、四肢动脉粥样硬化、血栓性静脉炎? 2) 支气管哮喘、支气管扩张、慢性支气管炎、肺气肿? 3) 活动期或经治疗仍反复发作的胃、十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎、慢性胰腺炎? 4) 真性红细胞增多症、粒细胞缺乏、再生障碍性贫血、白血病及各种出、凝血性疾病? 5) 恶性肿瘤及影响健康的良性肿瘤? 6) 糖尿病、甲状腺功能疾病、脑垂体及肾上腺疾病? 7) 癫痫、脑血管病、脑炎、脑外伤后遗症? 8) 长时间神经衰弱、严重的意识障碍; 抑郁症、躁狂症、精神分裂症? 疯牛病? 9) 急慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、肾病综合征、肾功能不全及慢性泌尿道感染? 10) 系统性红斑狼疮、皮炎、硬皮病、类风湿性关节炎、大动脉炎? 11) 传染性、炎症性全身皮肤病, 广泛性湿疹、黄癣、白癜风、全身性牛皮癣? 12) 过敏性疾病及反复发作的过敏反应如经常性荨麻疹?
30. 是否曾患有传染病或性病? 1) 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? 如乙肝、丙肝。 2) 是否是梅毒感染者或梅毒螺旋体检测阳性者? 3) 是否是艾滋病病毒感染者或艾滋病病毒检测阳性者? 4) 是否患有淋病、尖锐湿疣或其他性传播疾病? 5) 3 年内是否患有疟疾? 12 个月内是否曾前往东南亚等疟疾流行区?
31. 您是否曾有下列情况: 1) 您是否曾滥服药物或注射毒品? 2) 是否有男男同性恋史或同时期有多个性伴侣? 3) 一年内是否与存在以上行为者或可能感染性病者发生性行为?
32. 旅行情况 1) 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? 2) 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? 3) 近期内是否曾在传染病流行区 (如鼠疫、霍乱、黄热病、疟疾等) 居住或工作过, 或与相关人员有过亲密接触史?
33. 请女性献血者填写以下内容 1) 是否处于月经期及前后三天? 是否已经怀孕? 2) 是否在过去一年内分娩或六个月内流产? 是否在哺乳期?
34. 是否有您认为不能献血的其它情况?

献血者知情同意书

本人已认真阅读以上内容, 并已知悉献血的整个过程。我自愿献血给潜江市血站, 血液的使用由血站决定。我保证对健康征询表和献血者登记表中所提的问题回答全部属实。我同意血站对我的血样按规定的项目进行检验, 也理解血样检验结果只是安全输血的需要, 不能用于疾病的诊断或说明其他。本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。

献血者签名: _____ 征询者签名: _____

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 ☐ 皮肤无创面感染、无大面积皮肤病 ☐ 四肢无严重功能障碍及关节无红肿 ☐ 双臂静脉穿刺部位无皮肤损伤且无穿刺痕迹						
	体 重（kg）		血 压（mmHg）		脉 搏（次/分）		体 温
							☐ 正常 ☐ 不正常 ____℃
	检查结论		☐ 合 格 ☐ 不合格			体 检 者 名 签 名	
献血前检测	血 型	血比重	HBsAg	ALT	检 验 者 名 签 名	检 测 结 论	☐ 合 格
		☐ 合 格 ☐ 不合格	☐ 阴性 ☐ 阳性	☐ 合 格 ☐ 不合格			☐ 不 合格
审 合 结 论		☐ 可以献血 ☐ 暂缓献血 ☐ 不宜献血			医务人员签名：_____ 年 月 日		

采 血 记 录

采血袋用前检查：		☐ 已检查完好		身份证件核对：		☐ 正确 ☐ 不正确	
标识一致性核对		☐ 采血袋 ☐ 征询表 ☐ 检验试管 ☐ 留样导管 ☐ 配血导管					
采 血 量		全 血： ☐ 200ml ☐ 300ml ☐ 400ml ☐ 采血量不足					
		采血量不足原因： ☐ 血流不畅 ☐ 献血反应 ☐ 其它					
采 血 过 程	☐ 顺 利（ ☐ 左臂 ☐ 右臂） ☐ 二次穿刺（ ☐ 左臂 ☐ 右臂 ☐ 双臂） ☐ 其 他				采 血 时 间	开始时间： 时 分 结束时间： 时 分	
采 血 地 点		采血者 签 名		采 血 日 期	年 月 日		
献血不良反应	☐ 有 ☐ 无		反应程度	☐ 轻度 ☐ 中度 ☐ 重度			
处置记录（请说明症状、体征、处理及转归）： 处置人签名：_____							