

МЕДИЦИНСКИЙ ВОПРОСНИК

Регион, где сдают кровь _____
(Республика Каракалпакстан, область, город, район)

Дата: _____ Место, где сдают кровь _____
(год, день, месяц) (название)

Донор _____ Регистрационный номер _____
(имя)

Дата рождения _____ Пол _____ Идентификационный номер донора _____
(год, день, месяц)

Вопросы	Ответы донора
Сколько Вам лет?	
Сколько Вы весите?	
Место работы?	
Когда Вы в последний раз сдавали кровь?	
Когда в последний раз Вы были на приеме у врача? По какой причине?	
Дополнительно для женщин:	
Вы беременны?	
За последние 6 месяцев были ли у вас роды или выкидыши?	
В настоящее время кормите ли вы грудью?	

Вопросы	Да	Нет
Вы сегодня себя хорошо чувствуете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы страдаете хронической болезнью (эпилепсия, диабет, рак, болезни сердце, почек, болезнь крови, хроническая анемия, язва желудка)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Принимаете ли Вы постоянно какое-либо лечение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Принимаете ли Вы постоянно какое-либо процедуру или таблетки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В прошлом Вы болели гепатитом (желтухой), бруцеллёзом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В прошлом, доктор говорил Вам не сдавать кровь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За последние две недели были ли у Вас какие-либо стоматологические процедуры?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За последние 3 недели была ли у Вас лихорадка?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В течение последнего месяца Вы получали какую-нибудь вакцинацию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В последние 3 месяца наблюдали ли вы ночную потливость, потерю веса, лихорадку, диарею и увеличение лимфатических узлов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас был контакт с человеком, зараженным гепатитом (желтухой) или ВИЧ/СПИД в течение 6 месяцев?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За последние 6 месяцев был ли у Вас случайный, незащищенный секс?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Вопросы	Да	Нет
За последние 6 месяцев Вы были госпитализированы? По какой причине?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Было ли у Вас хирургическое или др. медицинское вмешательство (эндоскопия)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За последние 6 месяцев переливалась ли Вам кровь, плазма или альбумин?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За последнее 6 месяцев принимали ли вы лечение от венерических инфекций (сифилис, гонорея, хламидия, язва половых органов или герпес)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За последние 6 месяцев использовали ли Вы общие иглы, шприцы или скарификаторы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За последние 6 месяцев делали ли Вы татуировку (рисование на теле) или пирсинг (прокалывание ушей, тело)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли Вы в местах исполнения наказания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Даете ли Вы согласие на тестирование Вашей крови на ВИЧ/СПИД, гепатит, сифилис?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Что Вы можете добавить в дополнение относительно Вашего здоровья?		

Я понял вышеупомянутые вопросы и почему их спросил и ответил добросовестно.

Дата: _____ Подпись: _____

Вы желаете сдавать кровь регулярно: Да Нет

Мы можем связаться с Вами в будущем: Да Нет

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

Группа крови _____

Уровень гемоглобина _____

Обследования	Их результаты
Вес	
Температура	
Пульс	
Артериальное давление	
Признаки, предлагающие острую или хроническую инфекцию, включая ВИЧ-инфекцию или гепатит: желтая конъюнктивита (желтуха), увеличенные лимфоузлы, кожные высыпания, мест инъекции и т.д.	

Донор исключен: Постоянно Временно до ____ / ____ / ____
день / месяц / год

Донор отобран:

Общий объем сбора _____ мл Номер донации _____

Вид кроводачи _____

Врач-терапевт _____

(Ф.И.О.)

(подпись)