

ТИББИЙ САВОЛНОМА

Қон топшириладиган ҳудуд _____
(Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар, шаҳар, туман)

Сана: _____ Қон топшириладиган жой _____
(йил, кун, ой) (номи)

Донор _____ Рўйхат рақами _____
(исми)

Туғилган санаси _____ Жинси _____ Донорнинг идентификация рақами _____
(йил, кун, ой)

Саволлар	Донорнинг жавоблари
Ёшингиз?	
Вазнингиз?	
Иш жойингиз?	
Сўнги марта қачон қон топширгансиз?	
Сўнги марта қачон шифокор қабулида бўлгансиз? Қандай сабаб билан?	
Аёллар учун қўшимча равишда:	
Хомиладормисиз?	
Сўнги 6 ой ичида туғиш ёки хомила тушишини бошдан кечирганмисиз?	
Айни пайтда кўкрак билан билан эмизаяпсизми?	

Саволлар	Ҳа	Йўқ
Бугун Сиз ўзингизни яхши ҳис қиляпсизми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сурункали касалликлардан (эпилепсия, диабет, саратон, юрак, буйрак касалликлари, қон касаллиги, сурункали камқонлик, меъда яраси) азият чекмайсизми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сиз мунтазам равишда бирорта хасталиқдан даволанасизми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мунтазам равишда бирорта муолажа ва таблеткалар қабул қиласизми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Илгари гепатит (сарик) бруцеллез билан касал бўлганмисиз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шифокор илгари Сизга қон топширмаслик ҳақида айтганми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сўнги 2 ҳафта ичида бирорта стоматологик муолажаларни олганмисиз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сизда сўнги 3 ҳафта ичида безгак бўлганми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сўнги бир ой ичида Сиз бирорта вакцинация олганмисиз (эмланганмисиз)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сўнги 3 ой ичида ўзингизда тунда терга ботиш, вазн йўқотиш, қалтираш, диарея (сабабсиз ич кетиш) ва лимфатик тугунларнинг катталашини кузатганмисиз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гепатит (сарик) ва ОИВ/ОИТС билан зарарланган одам билан сўнги 6 ой ичида алоқада бўлганмисиз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сўнги 6 ой ичида Сизда тасодиқий, химояланмаган жинсий алоқалар бўлганми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Саволлар	Ҳа	Йўқ
Сўнги 6 ой ичида касалхонага ётқизилганмисиз? Қандай сабаб билан?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жарроҳлик ёки бошқа тиббий аралашувларни (эндоскопия) бошдан кечирганмисиз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сўнги 6 ой ичида Сизга қон, плазма ёки альбумин қуйилганми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сўнги 6 ой ичида таносил инфекциялардан (захм, сўзак,хламидия, жинсий органлар яраси ёки герпес) даволанганмисиз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сўнги 6 ой ичида умумий игналардан, шприцлардан ёки скарификаторлардан фойдаланганмисиз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сўнги 6 ой ичида татуировка (танага расм тушириш) ёки пирсинг (қулоқ, танани тешиш) қилганмисиз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жазони ижро этиш муассасаларида бўлганмисиз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Қонингизни ОИВ/ОИТС, гепатит, захм бўйича текширишга розилик берасизми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Соғлигингиз хусусида яна нималарни қўшимча қилишингиз мумкин?		

Мазкур саволларни ва нима учун бундай саволлар берилганлигини тушундим ва виждонан жавоб бердим.

Сана: _____

Имзо: _____

Сиз мунтазам равишда қон топширишни истайсизми? Ҳа Йўқ

Келгусида биз Сиз билан боғлана оламизми? Ҳа Йўқ

ТИББИЙ КЎРИК

Қон гуруҳи _____

Гемоглобин миқдори _____

Текширувлар	Текширувлар натижалари
Вазни	
Ҳарорати	
Томир уриши (пульси)	
Артериал босими	
Ўтқир ва сурункали инфекция, жумладан ОИВ-инфекция ёки гепатитни тахмин қилувчи белгилар: шох парданинг сарғайиши (сарик касаллиги) катталашган лимфатик тугунлар, тери тошмалари, инъекция жойлари ва ҳ.к.	

Донор рад этилди: Доимий Вақтинча ____/____/____ гача
Кун / Ой / Йил

Донор танлаб олинди:

Олинадиган умумий қон ҳажми _____ мл

Донация рақами _____

Донация тури _____

Шифокор-терапевт _____

(Ф.И.О.)

(имзо)