

ФГБУЗ СПК ФМБА России в г. Екатеринбурге

Я, _____
(ф.и.о.-полностью)

_____дата рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Контактный телефон_____

Добровольно даю свое согласие на сдачу крови/плазмы, проведение мне, в соответствие с назначениями врача, диагностических исследований, анализа крови общего и биохимического, исследование крови на наличие ВИЧ-инфекций (вирусов иммунодефицита человека), вирусных гепатитов, сифилиса (бледной трепонемы) анализа мочи общего, при необходимости проведение инъекций, внутривенных вливаний.

Я информирован(а) о целях диагностических, при необходимости неотложных лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне предстоит делать во время их проведения и в случае обнаружения у меня выше перечисленных заболеваний.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщить медработникам о любом ухудшении самочувствия, т.к. во время процедуры или по окончании возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, головокружение, гематома в области инъекции).

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарств, правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, перенесенных заболеваниях.

Я согласен(а) прийти повторно на станцию переливания крови по приглашению меня по телефону.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и ДОБРОВОЛЬНО даю свое согласие на сдачу крови/плазмы, диагностических исследований необходимых мне в полном объеме.

Я разрешаю в случае необходимости, предоставить информацию о моем выявленном заболевании в ОЦСПИД. ФГУЗ «ЦГиЭ». внести в базу данных доноров.

Разрешаю предоставить информацию моим родственникам, законным представителям. гражданам:_____

(указать степень родства. ФИО. телефон)

«____» _____ 20 ____ г.

Подпись донора_____

Расписался в моем присутствии

_____ (врач, ФИО. должность, подпись)

АНКЕТА ДОНОРА

Ф.и.о ДОНОРА _____

Возраст (полное число лет) _____

	ДАТА		ДАТА		ДАТА		ДАТА		ДАТА	
	ДА	НЕТ								
А. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ										
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее										
2 Есть ли сейчас температура головная боль, боль в горле насморк, кашель' (нужное подчеркнуть)										
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу?										
4 Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?										
5 Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?										
6. Принимали ли за последний месяц лекарства? Какие?										
7. Производились ли прививки'										
8. Наблюдается ли сейчас у врача? Если «ДА», по какому поводу (указать)										
Б. ЗА ПРОШЕДШИЕ 6 МЕСЯЦЕВ										
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?										
2 Подвергались ли вы хирургической операции?										
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?										
4 Прокалывали ли Вам уши. делали ли акупунктуру или татуировку?										
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом. ВИЧ-инфекцией? (нужное подчеркнуть)										
В. БЫЛИ ЛИ У ВАС КОГДА НИБУДЬ										
1. Потеря веса?										
2. Ночные поты?										
3. Обмороки?										
4 Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть)										
5. Крово (плазма) дачи? (нужное подчеркнуть) Если «ДА», указать дату последней										
6 Были ли отводы от кроводач?										
7. Выезд за рубеж за последние 3 годэ? Если «ДА», указать дату и название страны										
Г. ДОПОЛНИТЕЛЬНО для ЖЕНЩИН										
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?										
2. Срок последней менструации (указать)										
3. Состоите ли вы на диспансерном учете? Если «ДА», указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер. женская консультация, поликлиника) и причину										

Я прочитал(а), понял(а) и правильно ответил(а) на все вопросы анкеты, а также получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов и препаратов полученных из моей крови (плазмы). Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь (плазму) для других людей. Я понимаю, что моя кровь будет проверена на ВИЧ и другие вирусы.

Я информирован(а), что во время процедуры взятия крови (плазмы) возможно незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции, не являющиеся следствием ошибки персонала).

Я согласен (согласна) с тем, что моя кровь (плазма) будет использована так, как необходимо больным людям.

Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со статьями 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации(Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, №25, стр. 2954). С правилами проведения после кроводачи ознакомлен(а).

Донор _____ (подпись)