

Додаток 2
до Порядку медичного обстеження
донорів крові та компонентів крові
(пункт 8 розділу II)

АНКЕТА ДОНОРА КРОВІ ТА КОМПОНЕНТІВ КРОВІ
(заповнюється донором самостійно та переглядається кваліфікованим
медичним працівником під час визначення показань до донорства)

	ТАК	НІ
ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я		
1. Як себе почуваєте? Добре?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Чи є у Вас зараз температура, біль в горлі, застуда, респіраторні захворювання, ангіна?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Чи вживали Ви протягом останніх 4-х годин їжу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Чи вживали Ви протягом останніх 48-ми годин алкоголь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Чи відвідували Ви стоматолога або зубного гігієніста напередодні?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Чи приймали Ви протягом останнього місяця ліки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Чи перебуваєте Ви зараз під наглядом лікаря?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО РОКУ		
Чи проводилися Вам щеплення?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 6 МІСЯЦІВ		
1. Чи проколювали Вам вуха?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Чи робили Вам акупунктуру (лікування голковколюванням)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Чи робили Вам татуювання, пірсинг?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Чи отримували Ви трансфузії компонентів крові або препаратів крові?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Чи були у Вас хірургічні втручання?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Чи були Ви у контакті з хворим на ВІЛ-інфекції/СНІД, гепатити В і С, інші венеричні хвороби?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 2-Х ТИЖНІВ

Чи робили Вам ін'єкції ліків?

--	--

ЧИ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ У ВАС

1. Нез'ясована втрата маси тіла?

--	--

2. Нез'ясована нічна пітливість?

--	--

3. Запаморочення, випадки непритомності?

--	--

4. Чи були у Вас поїздки за кордон протягом останніх 3-х років?

--	--

Назвіть країну _____

5. Чи здавали Ви кров або її компоненти?

--	--

Вкажіть дату останнього здавання крові або її компонентів

6. Чи були відсторонення від донорства?

--	--

Вкажіть дату та причину відсторонення

7. Чи перебували Ви на диспансерному обліку?

--	--

Якщо так, то в якому диспансері,
поліклініці? _____

ДОДАТКОВО ДЛЯ ЖІНОК

1. Чи вагітні Ви зараз та чи була вагітність протягом останніх 6 тижнів?

--	--

2. Термін останньої менструації?

--	--