

献血者知情同意及健康状况征询表

献血者信息登记

献血者填写（正楷字黑色签字笔）

姓名		性别		年龄 (周岁)		民族		国籍	
证件 号码	身份证 ☐ 军人证 ☐ 护照 ☐ 港澳通行证 ☐ 港澳居民居住证 ☐ 台湾居民来往大陆通行证 ☐ 外国人永久居留身份证 ☐								
移动电话									
工作单位									
通讯地址	市 县（区）								
职业	军人 ☐ 公务员 ☐ 学生 ☐ 企事业单位人员 ☐ 乡镇人员 ☐ 自由职业 ☐ 其他 ☐								
学 历	初中及以下 ☐ 高中 ☐ 大专 ☐ 本科 ☐ 研究生及以上 ☐								
个人意愿	献全血 ☐ 300ml ☐ 400ml ☐ 200ml			下次是否愿意捐献血小板 ☐ 是 ☐ 否			是否愿意参加应急献血 ☐ 是 ☐ 否		

第一部分 献血前应知内容

- 1.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献血者。请高危行为者（静脉药瘾史、男男性行为、性病或艾滋感染等）不要献血，否则造成传染病传播，可被追究相应的民事责任。
- 2.请勿以献血为手段做疾病筛查；如需艾滋免费检测与咨询，可联系疾控中心（0595-28067867）。
- 3.问卷涉及部分隐私，敬请谅解，所有问题用于综合评估您是否适合献血，请如实作答。
- 4.献血实行实名制，献血前需出示真实身份证件，由血站核对登记。
- 5.如果您认为已捐献的血液可能存在安全隐患，请在第一时间内告诉我们（0595-22150126）。
- 6.采血全部使用一次性无菌耗材，少数人会出现穿刺青紫、短暂头晕等轻微不适，请遵守献血前后注意事项降低不适概率。
- 7.血液全部按国家规范检测，合格血液用于临床，不合格血液依规处置；血液检测结果不合格仅表明您所捐献的血液不符合国家标准的要求，不能作为感染或疾病的诊断依据。
- 8.根据规定，血站将艾滋病病毒等检测阳性的结果及个人资料上报疾控中心，我们承诺对您的相关信息严格保密。
- 9.全血献血间隔：不少于180天；献单采血小板后与全血献血间隔：不少于28天；全血献血后与单采血小板献血间隔：不少于90天。

第二部分 献血前健康状况征询

以下内容献血者填写（黑色签字笔）

献血者如实自我排查是血液安全和献血者安全保障的关键。

您是否有下列情况，有在□内打√，无在□内打×。

在今日

□ 1. 您是否觉得今天身体不舒服或存在不适症状？

□ 2. 正在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：爬山、潜水或滑翔）？驾驶重型汽车？从事地下或高空作业（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？有没有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，也可能将病毒传播给他人？

□ 6. （女性填写）您现在是否处于月经期及前后三天？是否已怀孕？是否在过去一年内分娩或六个月内流产？

在过去24小时内

□ 7. 是否曾经注射类毒素、灭活或基因工程技术制成的疫苗（包括霍乱、伤寒、白喉、破伤风、甲型肝炎、人乳头瘤病毒、流行性感、脊髓灰质炎或百日咳等），且并无病症或不良反应出现？

在过去3天内

□ 8. 是否曾接受任何口腔护理（包括洗牙等）？

在过去5天内

□ 9. 是否服用阿司匹林或含阿司匹林的药物？

在过去1周内

□ 10. 您是否有发热、头痛或腹泻？是否曾患有感冒、急性胃肠炎？是否有任何未愈合的伤口或皮肤炎症？

□ 11. 是否曾接受过玻尿酸填充物注射？

在过去2周内

□ 12. 是否曾拔牙？是否曾患有广泛性炎症？是否有其他小手术？

□ 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？

□ 14. 是否曾经注射乙型肝炎疫苗？

在过去4周内

□ 15. 是否曾接触传染病患者，如：水痘、麻疹、肺结核等？

□ 16. 是否曾接受减毒活疫苗注射，如：伤寒疫苗、风疹活疫苗、狂犬病疫苗、水痘疫苗？

□ 17. 是否曾有不明原因的腹泻？

□ 18. 是否曾接受过用于皮肤美容的微针治疗？（仅限于正规医疗机构）

在过去3个月内

□ 19. 是否曾进行纹眉、纹身、穿耳、身体穿孔？

在过去6个月内

□ 20. 是否曾进行过内窥镜侵袭性诊断或内窥镜手术？（不包括仅使用内窥镜进行单纯观察的非侵袭性检查）

在过去1年内有无以下情况：

□ 21. 是否曾被使用过的针刺伤等？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. 曾被动物咬伤并因此注射狂犬疫苗？

□ 24. 是否曾接受外科手术（包括使用导管作治疗等）？或接受输血治疗？

□ 25. 是否曾接受穴位埋线疗法？（仅限于正规医疗机构）

健康史情况

□ 26. 您是否曾有下列情况：

1) 接受凝血因子治疗？接受脑垂体激素药物如生长激素治疗？

2) 您本人或直系亲属是否患克雅氏病（疯牛病）？

3) 是否曾有晕厥、痉挛、抽搐或意识丧失？

4) 是否对某些药物产生过敏反应？

5) 如曾感染过猪带绦虫、蛔虫、蛲虫等，是否已治愈？

6) 是否曾患有肺结核或肺外结核？

7) 是否被告知永久不能献血?

☐27. 是否曾患有任何严重疾病?

1) 循环系统疾病 (例如: 冠心病、高血压病、心脏瓣膜病等)

2) 呼吸系统疾病 (例如: 支气管哮喘、支气管扩张、慢性支气管炎、肺气肿等)

3) 消化系统疾病 (例如: 胃溃疡、十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎等)

4) 血液系统疾病 (例如: 溶血性贫血、再生障碍性贫血、凝血性疾病等)

5) 恶性肿瘤 (例如: 胃癌、食管癌、肺癌、白血病等)

6) 内分泌及代谢性疾病 (例如: 糖尿病、甲状腺功能亢进等)

7) 神经系统疾病 (例如: 癫痫、脑出血等)

8) 精神系统疾病 (例如: 抑郁症、躁狂症等)

9) 泌尿及生殖系统疾病 (例如: 肾、膀胱、尿道疾病等)

10) 免疫系统疾病 (例如: 红斑狼疮、风湿性关节炎等)

11) 慢性皮肤病患者 (例如: 黄癣、广泛性湿疹、全身性牛皮癣等)

12) 严重寄生虫病 (例如: 血吸虫病、丝虫病、吸虫病等)

13) 其他严重疾病

☐28. 是否曾患有传染病或性病?

1) 12 个月内是否曾患有甲型肝炎?

2) 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: 乙型肝炎、

丙型肝炎。

3) 是否是梅毒感染者或梅毒螺旋体检测阳性者?

4) 是否是HIV 感染者或HIV 检测阳性者?

5) 是否患有淋病、尖锐湿疣等?

6) 是否患有疟疾?

7) 4 周内是否患有登革热、基孔肯雅热? 生活习惯

☐29. 您是否曾有下列情况:

1) 您是否曾滥服药物或注射毒品?

2) 您是否曾接受 (或给予) 金钱而与他人发生性行为?

3) 如您是男性, 您是否曾与另一男性发生性行为?

4) 您是否同时期有多个性伙伴?

5) 其他您认为不适宜献血的情况

☐30. 在过去的12个月里, 您是否曾与下列人士发生过性行为?

1) 被怀疑感染了HIV (艾滋病病毒) 或HIV 检测呈阳性的人士?

2) 滥服药物或注射毒品的人?

3) 从事提供性服务的男士或女士?

4) 有双性性行为的男士?

5) 其他您认为不适宜献血的情况 旅行情况:

☐31. 在过去12个月内, 您是否曾在疟疾流行区居住或工作过?

☐32. 您是否在疟疾流行区连续居住或工作超过 5 年?

☐33. 在过去2周内, 您是否曾到访过传染病区 (如登革热、基孔肯雅热等)?

第三部分 献血者知情同意书

本人已理解以上内容, 并已知悉献血的整个过程。本人在健康征询表和献血者登记表中所提供的资料正确无误, 并同意按规定对血液进行相关检测及使用。本人理解献血的血液检测结果只是安全输血的需要, 不能用于疾病诊断。为提升血液质量和血液安全水平, 本人同意在血液或血液标本全程匿名化而不能识别且无法追溯复原到特定自然人的条件下用于非商业性医学研究。本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。

献血者签字:

医务人员签名:

日期: 年 月 日