

## Анкета донора крови и (или) ее компонентов

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_

№ п/п	Содержание вопроса	Ответ	
		да	нет
1.	Хорошее ли у Вас сейчас самочувствие?	да	нет
2.	Были ли у Вас когда-либо инфекционные заболевания (в том числе болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), вирусные гепатиты В и С, сифилис, туберкулез, малярия)?	да	нет
3.	Были ли у Вас когда-либо болезни сердца, высокое или низкое артериальное давление?	да	нет
4.	Были ли у Вас когда-либо тяжелые аллергические реакции, бронхиальная астма?	да	нет
5.	Были ли у Вас когда-либо судороги, обмороки, травмы головы и заболевания нервной системы?	да	нет
6.	Были ли у Вас когда-либо сахарный диабет, онкологические заболевания?	да	нет
7.	Находились ли Вы в контакте с больными инфекционными заболеваниями за последние 120 дней?	да	нет
8.	Были ли у Вас сексуальные связи с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), больными вирусными гепатитами В и С, сифилисом?	да	нет
9.	Пребывали ли Вы на территориях, на которых существует угроза возникновения и (или) распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий? Если «ДА», то укажите на каких? _____	да	нет
10.	Употребляли ли Вы когда-либо наркотические средства, психотропные вещества?	да	нет
11.	Проводилась ли Вам за последний год вакцинация (прививки) и хирургические вмешательства? Если «ДА», то какие, укажите дату _____	да	нет
12.	Производили ли Вам переливания крови и (или) ее компонентов?	да	нет
13.	Принимаете ли Вы в настоящее время или принимали в течение последних 30 календарных дней какие-либо лекарства, включая жаропонижающие? Если «ДА», то укажите какие? _____	да	нет
14.	Принимали ли Вы за последние 48 часов алкоголь?	да	нет
15.	Состоите ли Вы на диспансерном учете или наблюдаетесь сейчас у врача? Имеете ли группу инвалидности? Если «ДА», укажите по какому поводу и в какой медицинской организации? _____	да	нет
16.	Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 календарных дней?	да	нет
17.	Были ли у Вас когда-нибудь дачи крови, плазмы, клеток крови? (нужное подчеркнуть) Если «ДА», укажите дату и место (учреждение) последней _____	да	нет
18.	Были ли ухудшения самочувствия после дачи крови, плазмы, клеток крови?	да	нет
19.	<b>Для женщин</b> Беременны ли Вы в настоящее время, была ли у Вас беременность за последний год, кормите ли Вы в настоящее время ребенка грудью?	да	нет

Подпись донора \_\_\_\_\_

Дата (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_