

**УКРАЇНА**

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО**

**«ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**

**БОРАТИНСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ»**

45605, с. Боратин, вул. Центральна, 2а, код ЄДРПОУ 44119515

e-mail [knp.cpmsd.bsr@gmail.com](mailto:knp.cpmsd.bsr@gmail.com), тел. +38 (095) 1870 811

АНКЕТА ДОНОРА

П.І.Б. донора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вік (повних років) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Група крові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Резус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**А. ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я: (ВКАЗУВАТИ «ТАК» «НІ»)**

1. Як ваше загальне почуття, добре? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Чи є у Вас зараз температура, головна біль, болі в горлі, нежить, кашель? (потрібне підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Чи вживали Ви протягом останніх 4-х годин їжу? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Чи вживали Ви протягом останніх 48-ми годин алкоголь? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Чи видаляли Вам зуб протягом останніх 10-ти днів? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Чи приймали Ви протягом останнього місяця ліки? Які? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Чи проводилися Вам щеплення? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Чи спостерігаєтесь Ви зараз у лікаря? (Якщо “ТАК”, то з якого приводу (вказати))\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Б. ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 6 МІСЯЦІВ:**

1. Чи проводили вам ін’єкції ліків? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Чи продивились над вами хірургічні операції? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Чи проводили вам переливання крові чи її препаратів? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Чи проколювали вам вуха, робили акупунктуру чи татуювання? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Чи були ви в контакті с хворими на гепатит, жовтуху, сифіліс, ВІЧ-інфекції)? (потрібне підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_

**В. ЧИ БУЛИ У ВАС КОЛИСЬ:**

1. Втрата ваги? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Нічне потіння? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Втрата свідомості? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Гепатит, венеричні захворювання? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Крово(плазмо)дачі (Якщо “ТАК”, вказати дату останньої) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Чи були приводи для кроводачі (Якщо “ТАК”, вказати дату та причину відводу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Виїзд за кордон за останні 3 роки (Якщо “ТАК”, вказати дату і назву країни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Г. ДОДАТКОВО ДЛЯ ЖІНОК:**

1. Чи Ви вагітні зараз, чи були вагітні останні 6 тижнів? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Термін останньої менструації (вказати)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Чи перебуваєте ви на диспансерному обліку? (Якщо “ТАК”, вказати лікувально-профілактичний заклад (диспансер, жіночу консультацію, поліклініку) та причину)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я прочитав(ла), зрозумів(ла) і правильно відповів(ла) на всі запитання анкети, а також отримав(ла) відповіді на всі поставлені мною запитання. Я повністю усвідомив значущість отриманої інформації для мого здоров'я та здоров'я пацієнта, якому буде проведена трансфузія компонентів та препаратів, отриманих з моєї крові (плазми). Якщо я належу до групи ризику щодо поширення вірусів гепатиту В, С, ВІЛ та інших хвороб, я згоден (згодна) не здавати кров (плазму) для інших людей. Я розумію, що моя кров (плазма) буде перевірена на ВІЛ та інші віруси.

Я проінформований(а), що під час процедури взяття крові (плазми) можливі незначні реакції організму (короткочасне зниження артеріального тиску, гематома у сфері ін'єкції), які є наслідком помилки персоналу.

Я згоден (згодна) з тим, що моя кров (плазма) буде використана так, як це необхідно хворим людям.

Я обізнаний(а) про те, що за приховування відомостей про наявність у мене ВІЛ-інфекції або венеричного захворювання я підлягаю відповідальності згідно з чинним законодавством.

Я згоден (згодна) з обробкою моїх персональних даних відповідно до закону України.

Донор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медичний працівник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (піб) (підпис) (піб)