

装
订
线

第二部分 献血者登记表

姓名		性别		年龄		民族		国籍	
证件类别	☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 军人证 ☐ 驾照 ☐ 其他								
职业	☐ 工人 ☐ 农民 ☐ 学生 ☐ 军人 ☐ 公务员 ☐ 教师 ☐ 医务人员 ☐ 职员 ☐ 服务业从业者 ☐ 其他 ()								
文化程度	☐ 小学 ☐ 初中 ☐ 高中 ☐ 专科 ☐ 本科 ☐ 研究生及以上								
居住状况	☐ 本地户籍_____区/县_____街道 ☐ 非本地户籍居住六个月以上, 现居住地_____区/县, 来自_____省_____市 ☐ 非本地户籍居住六个月以内, 现居住地_____区/县, 来自_____省_____市								
固定通讯地址							是否需要献血提醒: ☐ 是 ☐ 否 是否愿意参加应急献血: ☐ 是 ☐ 否		
联系方式	手机/固定电话:				电子邮箱:				
既往献血史	☐ 首次 ☐ 再次, 累计_____次		在既往献血经历中, 是否出现过头晕、出汗、恶心、呕吐或晕厥等症状? ☐ 是 ☐ 否						
	上次献血类型: ☐ 全血 ☐ 成分血				上次献血时间: _____年 _____月 _____日				

献血者知情同意书

- 1、根据《血站管理办法》规定, 献血者在献血前应提供真实的身份证件信息(如: 身份证、军官证、驾驶证、社保卡、居住证或暂住证), 血站应进行核对并登记, 请予以支持。
- 2、为了对您的健康状况和是否适宜献血进行评价, 您需要如实填写健康状况征询表。如果表中提问涉及到您的隐私或令您感到不舒服, 请您谅解。
- 3、献血过程是安全的。血液采集使用一次性无菌耗材以保证献血者安全。恳请每位献血者遵照献血前、后应注意的事项, 以减低献血不适发生的可能。
- 4、不合格血液将按照国家有关规定予以处理, 血液检测结果不能作为感染或疾病的诊断依据, 建议您尽快到医院进一步检查确诊。
- 5、不安全的血液可以危害生命。若您有高危行为(如有静脉药瘾史、男男性行为、艾滋病或性病等), 请不要献血。请您不要为了化验而献血。国家提供艾滋病免费咨询和检测服务, 如有需要, 请与北京疾病预防控制中心联系(联系电话: 64407367)。若明知有高危行为而故意献血, 造成传染病传播、流行的, 依据《中华人民共和国传染病防治法》、《艾滋病防治条例》有关规定, 可被追究相应的民事责任。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(联系电话: 4006012320)。根据《传染病防治法》规定, 血站将艾滋病等检测阳性的结果及其个人资料向当地疾病预防控制中心报告。目的是进一步确诊和早期规范治疗, 并享受国家规定的免费治疗的待遇。我们承诺对您的相关信息严格保密。

本人已理解上述内容, 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。本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的切后果。

献血者签字: _____ 日期: _____年 _____月 _____日

预登码:

献血条码:

献血前检查及采血记录

第三部分 献血前检查记录

一般体格检查	一般检查(以√表示正常 ×不正常): ☐ 皮肤、巩膜无黄染 ☐ 皮肤无创面感染、无大面积皮肤病 ☐ 四肢无严重功能障碍及关节无红肿 ☐ 双臂静脉穿刺部位无皮肤损伤且无穿刺痕迹									
	身高	cm	体重	Kg	血压	/ kPa	脉搏	次/min	体温	☐ 正常 ☐ 不正常
	检查结论: ☐ 合格 ☐ 不合格 体检者签名: 日期: 年 月 日									
献血前检测	必查项目	血色素(血比重): ☐ 符合要求 ☐ 不符合要求								
		单采血小板捐献增加以下项目: 采前Hb: g/L Hct: 采前血小板计数: $\times 10^9/L$;								
		其他血液成分 捐献及增加项目:								
		选择性项目: 血型 ALT HBsAg 其他								
	检测结论: ☐ 合格 ☐ 不合格 检测者签名: 日期: 年 月 日									
总评估意见		☐ 可以献血 ☐ 不宜献血 ☐ 暂缓献血								
本次献血	全血	☐ 400mL ☐ 200mL	成分献血		单采血小板 ☐ 2单位 ☐ 1单位 血浆 ☐ 200mL ☐ 其他:					
献血者签名: 日期: 年 月 日 医务人员签名: 日期: 年 月 日										

第四部分 采血记录

采血袋及用品采前检查: ☐ 已检查符合要求 身份证件信息核对: ☐ 相符 ☐ 不相符				标识一致性核对	☐ 采血袋 ☐ 征询表 ☐ 检验试管	
采血量	全血 ☐ 400mL ☐ 200mL ☐ 采血量不足 单采血小板 ☐ 2单位 ☐ 1单位 血浆 ☐ 200mL ☐ 其他				采血时间	开始时间: 时 分 结束时间: 时 分
采血过程	☐ 顺利(☐ 左臂 ☐ 右臂) ☐ 二次穿刺(☐ 左臂 ☐ 右臂 ☐ 双臂) ☐ 其他, 请说明:					
献血不良反应 ☐ 有 ☐ 无	处置记录(请说明症状、体征、处理及转归): 处置人签名:					
采血者签名:				采血日期: 年 月 日		
备注						

采血点代码: _____ 中心机采室

团体献血单位代码: _____

北京市无偿献血登记表

献血者健康状况征询及知情同意

尊敬的朋友:

您好!感谢您参加无偿献血。您的血液可以挽救生命,使社会增添诚信、爱心与和谐。为了您的健康和受血者的安全,请您认真阅读并如实填写以下内容,如有任何疑问,请咨询医护人员,谢谢您的理解与支持。

第一部分 献血前健康征询(请以“√”表示)

今日/现时

是

否

1. 您今天是否身体不适,有头晕、乏力等症状? ☐ 是 ☐ 否
2. 献血后您是否会参加危险性的运动? 长途驾驶重型汽车? 从事地下或高空作业? ☐ 是 ☐ 否
3. (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? ☐ 是 ☐ 否

在过去 24 小时内

4. 是否曾经注射类毒素、灭活或基因工程技术制成的疫苗(如:霍乱、伤寒、白喉、破伤风、甲型肝炎、乙型肝炎、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? ☐ 是 ☐ 否

在过去 3 天内

5. 是否曾接受任何口腔护理(如:洗牙等)? ☐ 是 ☐ 否

在过去 5 天内

6. 是否服用阿司匹林或其它抗凝药物? ☐ 是 ☐ 否

在过去 1 周内

7. 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? ☐ 是 ☐ 否

在过去 2 周内

8. 是否曾拔牙? 是否曾患有皮肤广泛性炎症? 是否有其他小手术? ☐ 是 ☐ 否

9. 是否曾经注射麻疹、腮腺炎、黄热病、脊髓灰质炎减毒活疫苗? ☐ 是 ☐ 否

在过去 4 周内

10. 是否曾接触传染病患者(如:水痘、麻疹、肺结核等)? ☐ 是 ☐ 否

11. 是否曾经注射上述第 9 条以外的其他减毒活疫苗(如:伤寒疫苗、风疹活疫苗、水痘疫苗)? 是否曾经注射过灭活疫苗?(如:狂犬病疫苗)? ☐ 是 ☐ 否

12. 是否曾有不明原因多次或慢性腹泻? ☐ 是 ☐ 否

在过去一年内

13. 是否曾进行纹身、穿耳或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、物品? ☐ 是 ☐ 否

14. 是否曾注射乙型肝炎免疫球蛋白? ☐ 是 ☐ 否

15. 是否曾被动物抓咬伤并因此注射狂犬疫苗? ☐ 是 ☐ 否

16. 是否曾接受外科手术(包括介入性的诊断和治疗)? 或接受输血治疗? ☐ 是 ☐ 否

健康史情况

17. 您是否曾有下列情况: ☐ 是 ☐ 否

- 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) 您本人或直系亲属患克雅氏病(如:疯牛病等)?
- 3) 曾有晕厥(小儿高热惊厥除外)、抽搐或意识丧失?
- 4) 患有过敏性疾病或有反复发作的过敏症状?
- 5) 曾感染过猪带绦虫、蛔虫、蛲虫等,仍未治愈?
- 6) 曾患有肺结核或肺外结核(如:肾结核、骨结核、肠结核等)?
- 7) 被告知永久不能献血?

健康史情况

是 否

18. 是否曾患有任何严重疾病?

☐ ☐

- 1) 循环系统疾病 (如: 冠心病、高血压病、心脏瓣膜病等)
- 2) 呼吸系统疾病 (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 (如: 胃溃疡、十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎等)
- 4) 血液系统疾病 (如: 溶血性贫血、再生障碍性贫血、凝血性疾病等)
- 5) 恶性肿瘤 (如: 胃癌、食管癌、肺癌、白血病等)
- 6) 内分泌及代谢性疾病 (如: 糖尿病、甲状腺功能亢进等)
- 7) 神经系统疾病 (如: 癫痫、脑出血等)
- 8) 精神系统疾病 (如: 抑郁症、躁狂症等)
- 9) 泌尿及生殖系统疾病 (如: 肾、膀胱、尿道疾病等)
- 10) 免疫系统疾病 (如: 红斑狼疮、类风湿性关节炎等)
- 11) 慢性皮肤病患者 (如: 黄癣、广泛性湿疹、全身性牛皮癣等)
- 12) 严重寄生虫病 (如: 血吸虫病、丝虫病、吸虫病等)
- 13) 其他严重疾病

19. 是否曾患有传染病或性病?

☐ ☐

- 1) 12 个月内曾患有甲型肝炎?
- 2) 是病毒性肝炎患者或感染者? 病毒性肝炎血液检测阳性 (如: 乙肝、丙肝)?
- 3) 是梅毒感染者或梅毒螺旋体检测阳性者?
- 4) 是艾滋病病毒感染者 (HIV) 或艾滋病病毒 (HIV) 检测阳性者?
- 5) 患有淋病、尖锐湿疣等?
- 6) 3 年内患有疟疾? 12 个月内曾前往疟疾流行区?

生活习惯

是 否

20. 您是否曾有下列情况:

☐ ☐

- 1) 您曾滥服药物或注射毒品?
- 2) 您曾接受 (或给予) 金钱而与他人发生性行为?
- 3) 如您是男性, 您曾与另一男性发生性行为?
- 4) 您同时期有多个性伙伴?
- 5) 其他您认为不适宜献血的情况

21. 在过去的 12 个月里, 您是否曾与下列人士发生过性行为?

☐ ☐

- 1) 被怀疑感染了艾滋病病毒 (HIV) 或艾滋病病毒 (HIV) 检测呈阳性?
- 2) 滥服药物或注射毒品?
- 3) 从事提供性服务?
- 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

是 否

22. 您是否有以下情况:

☐ ☐

- 1) 自 1980 年起, 您是否曾居住在欧洲国家五年或以上, 或于英国接受过输血?
- 2) 1980 年至 1996 年间, 您是否曾居住于英国、爱尔兰、法国 3 个月或以上?
- 3) 您是否曾在传染病区 (如鼠疫、霍乱、黄热病、疟疾等) 居住或工作过?

寨卡病毒感染情况

是 否

23. 您是否有以下情况:

☐ ☐

- 1) 曾有寨卡病毒感染史, 痊愈未滿 4 周
- 2) 曾在寨卡病毒流行区旅行或居住, 离开后 2 周内患有寨卡病毒感染症状 (例如发烧或皮疹并伴有结膜炎、关节痛或头痛或不适), 症状消除后未滿 4 周
- 3) 曾经前往寨卡病毒的流行区, 离开未滿 4 周
- 4) 曾与寨卡病毒感染的男性或 3 个月内前往寨卡病毒流行区的男性发生性行为未滿 4 周

献血者签字:

医务人员签字:

日期: 年 月 日

日期: 年 月 日

装

订

线