ДОДАТОК 2
до Порядку медичного обстеження донорів крові та компонентів крові

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

П.І.Б. донора _____

Відповідаючи на питання анкети, зазначте "ТАК" або "НІ"

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

Я правильно відповів/ла на всі запитання Анкети і повністю усвідомив/ла значимість цієї інформації для мого здоров'я та здоров'я хворого/ї, якому/ій будуть введені мої компоненти крові.

Я ознайомлений(а) зі статтею 14 п. 2 Закону України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» : «Особа, яка виявила бажання здійснити донацію крові та/або компонентів крові, під час медичного обстеження та співбесіди, що проводиться перед донацією крові та/або компонентів крові, зобов`язана повідомити відповідній особі суб`єкта системи крові всю відому їй інформацію про перенесені та наявні в неї захворювання, а також про вживання нею наркотичних речовин та властиві їй інші форми ризикованої поведінки, що можуть спричинити зараження реципієнта інфекційними хворобами внаслідок трансфузій, а також за наявності яких виконання донорської функції може бути обмежено».

Ознайомлений(а) з правилами перебування донора в Закладі, зобов’язуюсь їх виконувати.

Ознайомлений(а) з інформацією додатка 1 до Порядку медичного обстеження донорів крові та компонентів крові.

Інформований(а) проте, що мою кров буде обстежено на ВІЛ/СНІД, гепатити, сифіліс, антитіла до SARS- CoV-2 та результати обстеження зможу отримати особисто через три дні з пред`явленням паспорта. В разі виявлення антитіл до SARS-CoV-2 даю згоду на переробку плазми/крові та виготовлення лікарських засобів, зокрема, препаратів гіперімунного імуноглобуліну.

Поінформований(а) про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI і даю згоду про включення інформації про мене до бази даних, а також на використання, обробку та передачу моїх персональних даних третій особі з медичною метою.

Я мав (ла) можливість ставити будь-які питання, які мене цікавлять стосовно процедури донації крові та/або її компонентів та отримав(ла) на них вичерпні відповіді.

Я погоджуюсь зі схемою проведення процедури донації крові та/або її компонентів за рекомендацією лікаря та даю згоду на проведення процедури донації крові та/або її компонентів, діючи добровільно та усвідомлюючи наслідки прийнятого рішення.

Підпис донора _____ Підпис лікаря _____ Дата_____