

**АНКЕТА ДОНОРА  
КРОВИ И (ИЛИ) ЕЕ КОМПОНЕНТОВ**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) донора крови и (или) ее компонентов \_\_\_\_\_

Дата рождения (день, месяц, год) донора крови и (или) ее компонентов \_\_\_\_\_

№ 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 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?	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 на каких? _____ (укажите)	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?	да	нет
12	Принимаете ли Вы в настоящее время или принимали в течение последних 30 календарных дней какие-либо лекарства, включая жаропонижающие? Если ДА, то какие? _____ (укажите)	да	нет
13	Принимали ли Вы за последние 48 часов алкоголь?	да	нет
14	Состоите ли Вы на диспансерном учете или наблюдаетесь сейчас у врача? Если ДА, по какому поводу и в какой медицинской организации? _____	да	нет
	(укажите)		
15	Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 календарных дней?	да	нет
16	Для женщин: беременны ли Вы в настоящее время, была ли у Вас беременность за последний год, кормите ли Вы в настоящее время ребенка грудью?	да	нет
	<b>Согласитесь ли Вы быть донором стволовых клеток?</b>	да	нет
	Я правильно ответил(а) на все вопросы Анкеты и полностью осознал(а) значимость этой информации для моего здоровья и здоровья больного, которому будет произведена трансфузия (переливание) компонентов и препаратов, полученных из сданной мной крови (плазмы). Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерической болезни я подлежу уголовной ответственности по статьям № 121 и 122 УК РФ от 13.06.1996 г.		
	Мои права и обязанности, как донора, сдающего кровь и(или) её компоненты, предусмотренные Федеральным законом от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов», мне известны и понятны.		
	Даю согласие прийти по вызову станции переливания крови для повторного обследования моей крови.		

Подпись донора \_\_\_\_\_

Дата (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

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