

粘贴献血条码

朔州市中心血站无偿献血登记表

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（请书写工整，请勿涂改），如有任何疑问，请咨询医护人员，感谢您的理解与支持。

献血前须知

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、护照等），血站应进行核对并登记，请予以支持。

2、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。有些人偶尔会出现如穿刺部位青紫、出血或疼痛、献血后头晕等不适，这些不适都是轻微或短暂的。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。

3、血站严格遵从国家规定进行血液检测，将检测合格的血液用于临床，不合格血液将按照国家规定处理。血液检测结果不合格仅表明您捐献的血液不符合国家标准的要求，不能作为感染或疾病的诊断依据。

4、请不要为了化验而献血，国家已经实施艾滋病免费自愿咨询和检测服务，如有需要，请与朔州市疾病预防控制中心联系（电话：0349-2165230）。若明知有高危行为而故意献血，造成传染病传播、流行的，将被追究相应法律责任。如果您认为已捐献的血液可能存在安全隐患，请在第一时间告诉我们（电话：0349-2168905）。

5、安全的血液可挽救生命，不安全的血液却能危害生命。请高危行为者（如有静脉药瘾史、男男性行为、艾滋病或性病等）和非自愿无偿献血者主动放弃献血。

6、我们承诺对您的相关信息严格保密，但根据《传染病防治法》规定，血站必须将艾滋病等检测有反应性的结果及其个人资料向当地疾病控制中心报告。

献血者登记表

姓名		性别		年龄		民族		国籍		婚否	☐ 已 ☐ 未
证件类别	☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 军人证 ☐ 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	☐ 大学以上 ☐ 大学 ☐ 大专 ☐ 高中 ☐ 中专 ☐ 初中及以下										
居住状况	☐ 本地户籍 区/县 ☐ 非本地户籍，现居住我市 区/县，来自 省 市										
固定通讯地址											
联系方式	手机/固定电话：					个人意愿		是否愿意参加应急献血： ☐ 是 ☐ 否			
既往献血史	☐ 首次 ☐ 再次		上次献血类型： ☐ 全血 ☐ 成分血				上次献血时间： 年 月 日				

本记录永久保存

献血前健康征询

请您如实填写下列情况，有在□内打√；无在□内打×；如果以下提问令您感到不适，敬请谅解。如有疑问，请咨询工作人员。

如果您觉得今天的身体状况适合献血，请继续填写。

☐ 1	当天献血后您会参加危险性的运动（如：爬山、潜水、或滑翔）？驾驶重型汽车？从地下或高空作业（如：飞行、消防、棚架工作）吗？
☐ 2	在过去 24 小时内 曾经注射类毒素、灭活或基因工程技术制成的疫苗（包括霍乱、伤寒、白喉、破伤风、甲型肝炎、乙型肝炎、流行性感冒、乙型脑炎、脊髓灰质炎或百日咳等且无病症或不良反应出现）
☐ 3	在过去 3 天内 接受任何口腔护理（包括洗牙等）？
☐ 4	在过去 5 天内 服用了阿司匹林或含阿司匹林的药物？
☐ 5	在过去 1 周内 1) 曾患有感冒、急性胃肠炎？ 2) 有任何未愈合的伤口或皮肤炎症？
☐ 6	在过去 2 周内 1) 曾拔牙？曾患有广泛性炎症？ 2) 曾有其他小手术？ 3) 曾经注射减毒活疫苗，如麻疹、腮腺炎、黄热病、脊髓灰质炎等？
☐ 7	在过去 4 周内 1) 曾接触传染病患者，如：水痘、麻疹、肺结核等？ 2) 曾接受减毒活疫苗注射，如伤寒疫苗、风疹活疫苗、狂犬病疫苗、水痘疫苗？ 3) 曾有不明原因多次或慢性的腹泻？
☐ 8	在过去一年内 1) 曾纹身、穿耳或曾被使用过的针刺伤等？曾被血液或组织液污染的器材致伤或污染伤口？ 2) 曾注射乙型肝炎免疫球蛋白？ 3) 曾被动物抓咬伤并因此注射狂犬疫苗？ 4) 曾接受外科手术？（包括介入性的诊断和治疗等）？或曾接受输血治疗？
☐ 9	您是否曾有传染病或性病？ 1) 12 个月内是否曾患有甲型肝炎？ 2) 是否是病毒性肝炎患者或感染者？病毒性肝炎血液检测阳性？（如乙型肝炎、丙型肝炎）？ 3) 是否是梅毒感染者或梅毒螺旋体检测阳性者？ 4) 是否是 HIV（艾滋病病毒）感染者或 HIV 检测阳性者？ 5) 是否患有淋病、尖锐湿疣等？ 6) 3 年内是否患有疟疾？12 个月内是否曾前往疟疾流行区？
☐ 10	您是否曾有下列情况： 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) 您本人或直系亲属是否患克雅氏病（疯牛病）？ 3) 是否曾有昏厥、痉挛、抽搐或意识丧失？ 4) 是否对某些药物产生过敏反应？ 5) 如曾感染过猪带绦虫、蛔虫、蛲虫等，是否已治愈？ 6) 是否曾患有肺结核或肺外结核？ 7) 是否被告知永久不能献血？

□ 11		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、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
□ 12	生活习惯	您是否曾有下列情况： 1) 滥服药物或注射毒品？ 2) 发生过有金钱交易的性行为？ 3) 有多个性伙伴？ 4) 有男男性行为？
□ 13	生活习惯	一年内，您是否曾与下列人士发生过性行为？ 1) 被怀疑感染了 HIV（艾滋病病毒）或 HIV 检测呈阳性的人士？ 2) 滥服药物或注射毒品的人？ 3) 从事提供性服务的男士或女士？ 4) 有双性性行为的男士？ 5) 其他您认为不适宜献血的情况。
□ 14	旅居史	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？
□ 15	女性填写	处于月经期及前后三天？或已怀孕？是否在过去一年内分娩或六个月内流产？

献血者知情同意书

本人已理解上述内容，并已知悉献血的整个过程。根据化验结果同意捐献全血 200ml 或 400ml。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，同意可匿名用于血液安全相关的科学研究。本人理解献血的血液检测结果只是安全输血的需要，不能用于疾病诊断或其他目的。本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。

献血者签名

医务人员签名

年 月 日

如果您已超过 55 周岁，请在下面签名处签署全名，

我已超过 55 周岁，符合延期献血规定，自愿再次献血。

签名

此页由工作人员填写（不得涂改）

献血前检查记录

一般 体格 检查	一般 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						
	体重	Kg	血压	/ kpa	脉搏	次/分	体温	☐ 正常 ☐ 不正常
	检查结论	☐ 合格 ☐ 不合格			体检者签名			
献血 前 检测	必查项目	血型				血比重	g/L	
	选择项目	ALT	U/L			HBsAg	☐ 无反应性 ☐ 有反应性	
	检测结论	☐ 合格 ☐ 不合格			检测者签名			
评估 结论	☐ 可以献血 ☐ 不宜献血 ☐ 暂缓献血					评估者签名		

采血记录

采血地点：

采血前检查	☐ 采血袋及用品采前检查：已检查，符合要求		
	☐ 献血者身份证件信息核对：符合		
标识一致性检查	☐ 采血袋 ☐ 征询表 ☐ 检验试管		
采血量	全血 ☐ 400ml ☐ 200ml ☐ 采血量不足		
采血过程	☐ 顺利 ☐ 二次穿刺	采血时间： 时 分至 时 分	
采血者签名		采血日期： 年 月 日	
献血者不良反应 ☐ 有 ☐ 无	处置记录（请说明症状、体征、处理及转归）：		
处置人签名			
备注			