		НІ
2. Нез'ясована нічна пітливість?		
3. Запаморочення, випадки непритомності?		
4. Чи були у Вас поїздки за кордон протягом останніх 3-х років? Вкажіть 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, хворого(ї), якому(ій) будуть введині мої компоненти крові або препарати моєї плазми крові.

Я погоджуюсь здати _____ мл плазми (крові)

Підпис донора _____

Підпис лікаря _____

Дата _____

МОЗ України КНП "Тернопільський обласний центр служби крові" ТОР, , ЄДРПОУ 02009519	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ОБЛІКОВА ФОРМА ЗАТВЕРДЖЕНО
КАРТКА ДОНОРА РЕЗЕРВУ ID: _____	Група крові _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Стать ☐ 3. Вік _____ 4. Дата звернення _____
5. Поштова адреса _____

☐ ЛПЗ: _____

7. Місце роботи _____

Примітки _____ Донацій _____

11. Дата попереднього давання крові/плазми/тромбоцитів _____

Об'єктивні дані	
Скарги	
Склери	
Шкіряний покрив	
Слизові оболонки	
Артеріальний тиск (мм рт. ст.)	
Частота пульсу (уд. в 1 хв.)	
Характер пульсу	
Стан кістково-м'язової системи	
Лімфатичні залози	
Аускультація серця	
Аускультація легень	
Висновок лікаря щодо доступу донора до кроводачі, плазми (цито) ферезу, мієлоексфузій	
Доза	

Загальний аналіз крові

10. Лабораторні дослідження

Назва	Показ-ник	Підпис
Контроль групи крові		
Гемоглобін		
Rh фактор		
Резус-належність		
К-антиген системи Келл		
Обстеження на:		
Сифіліс		
Гепатит С		
Гепатит В		
ВІЛ/СНІД		
Молекулярно-генетичні маркери		
Дата аналізу		

АНКЕТА
особи, яка виявила бажання здати кров та (або) плазму

Я, _____
(уписати прізвище, ім'я, по батькові особи, яка виявила бажання здати кров та (або) плазму)

ознайомлений(а) зі статтею 25 «Відповідальність за порушення вимог щодо заготівлі, переробки, тестування, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові. Відповідальність донора крові та компонентів крові» Закону України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові», у якій зазначено: «Особи, винні у порушенні встановлених цим Законом вимог щодо заготівлі, переробки, тестування, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, несуть дисциплінарну, цивільно-правову, адміністративну та кримінальну відповідальність у порядку, встановленому законом».

Я повністю усвідомлюю, що будь-яка невірна інформація або приховування фактів може завдати шкоду моєму здоров'ю або стану здоров'я реципієнта, який отримає заготовлену від мене кров.

Я ніколи не хворів і не хворію зараз на:

1.ВІЛ-1/2
2.Інфекційні гепатити
3.Т–лімфотропний вірус людини I/II типу (HTLV – I/II)
4.Злоякісні захворювання
5.Трансмісивну губчасту/спонгіформну енцефалопатію
6.Серйозні захворювання серцево-судинної, центральної нервової системи, шлунковокишкової, сечостатевої, ендокринної, гематологічної, імунної, дихальної систем.
7.Багаторазові випадки синкопе або судоми в анамнезі.
8.Патологічну схильність до кровотеч.

Не займаюсь наданням сексуальних послуг за плату, не вступаю у статеві стосунки з малознайомими особами без презерватива, не схильний(а) до частої зміни статевих партнерів. Не знаходжусь на обліку з приводу ВІЛ-інфекції. Не маю статевих або шприцевих контактів із ВІЛ-інфікованими.

Не вживаю непризначених лікарем внутрішньовенних або внутрішньом'язових препаратів, у тому числі стероїдів і гормонів для бодібілдінгу.

Інформований про те, що мою кров буде обстежено на ВІЛ/СНІД, гепатити, сифіліс, COVID-19.

Передтестове консультування пройшов.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних.

Дата _____ Особа, яка виявила бажання здати кров та (або) плазму
(у цифровій формі)

_____ _____
(підпис) (прізвище, ім'я та по батькові)

Дата _____ Посадова особа закладу (установи)
(у цифровій формі)

_____ _____
(підпис) (прізвище, ім'я та по батькові)

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 запитання 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-ох 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?		
8. Чи спостерігаєтесь Ви зараз у лікаря?		
ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО РОКУ:		
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, гепатитити В і С, інші венеричні хвороби?		
ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 2-х ТИЖНІВ:		
Чи робили Вам ін'єкції ліків?		
ЧИ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ У ВАС:		
1. Нез'ясована втрата маси тіла?		