

**Карта донора крови « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.**

**Пункты № 1, 2, 3 – заполните печатными буквами. Пожалуйста, не мните карту!**

1. Фамилия														
2. Имя														
3. Отчество														
4. Воинское звание								5. Дата рождения						

6. Место жительства: г. \_\_\_\_\_ область \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_  
 улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_  
 Место работы (учебы, службы) \_\_\_\_\_  
 Документ, удостоверяющий личность: серия № \_\_\_\_\_  
 Дата выдачи кем выдан \_\_\_\_\_  
 Контактный телефон \_\_\_\_\_

**Анкета донора (Приказ МЗ РФ № 1166н от 28.10.2020 г. Приложение № 1)**

1.	Хорошее ли у Вас сейчас самочувствие?	да	нет
2.	Были ли у Вас инфекционные заболевания (в т.ч. 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 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 ВИЧ-инфекцией, больными вирусными гепатитами В и С, сифилисом?	да	нет
9.	Пребывали ли Вы на территориях, на которых существует угроза возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий? Если ДА, то каких?	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 дней какие-либо лекарства, включая жаропонижающие? Если ДА, то какие?	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
15.	Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 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

**Подпись донора** \_\_\_\_\_

## Информированное добровольное согласие донора на медицинское обследование и донацию крови и (или) ее компонентов

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и донацию крови и (или) ее компонентов в ЦПК ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А. А. Вишневого» МО РФ

Медицинским работником \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме мне разъяснены.  
(должность, ФИО медработника)

Цели, методы медицинского обследования, порядок осуществления донации крови и ее компонентов, связанный с ней риск, в том числе вероятность развития осложнений и реакций организма (снижение АД, гематома), не являющиеся следствием ошибки медперсонала. Я получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов, полученных из моей крови. Я понимаю, что моя кровь будет проверена на наличие маркеров ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, сифилиса. Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со ст. 121 и 122 Уголовного кодекса РФ.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

(Приложение № 3)

## Согласие донора на обработку персональных данных

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» предоставляю в ЦПК ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А. А. Вишневого» МО РФ свое согласие на обработку персональных данных. Предоставляю право вносить мои персональные данные в единую базу данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов на основании ФЗ от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

\_\_\_\_\_  
(подпись)

## Медицинский осмотр

Вес - \_\_\_\_\_ кг, t° \_\_\_\_\_, АД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ рт. ст., ЧСС \_\_\_\_\_ уд/мин.

Кожные покровы \_\_\_\_\_, Склеры \_\_\_\_\_, Видимые слизистые \_\_\_\_\_, Периферические л/у \_\_\_\_\_.

Hb норма/ниже нормы

Заключение: к сдаче крови допускается / не допускается

Причина отстранения:

**Врач:** \_\_\_\_\_

Исследование	Результат	Исследование	Результат
Группа крови АВО		HBsAg / ПЦР ВГВ	
Резус-фактор		AtHCV/ ПЦР ВГС	
Kell, фенотип		At к ВИЧ / ПЦР ВИЧ	
Антиэритро. At		At к Lues / At к Кл А Г	

**Врач, исследовавший кровь** \_\_\_\_\_

Заключение о годности крови: годна / не годна

**Врач, ответственный за выпуск крови** \_\_\_\_\_