

АНКЕТА

потенциального донора костного мозга

Для определения возможности стать донором заполните, пожалуйста, анкету, поставив любой знак напротив соответствующего поля:

| Страдаете ли Вы одним из перечисленных ниже заболеваний? | | Нет | Да |
|---|-----------------------------|------------------------------------|----|
| Вирусные гепатиты В и С | | | |
| Туберкулез | | | |
| Сахарный диабет (тип I или тип II) | | | |
| Заболевания крови | | | |
| Злокачественные новообразования | | | |
| Психические заболевания | | | |
| Есть Вы страдаете каким-либо хроническим заболеванием, укажите, пожалуйста: | Дыхательная система | | |
| | Желудочно-кишечный тракт | | |
| | Сердечно-сосудистая система | | |
| | Опорно-двигательный аппарат | | |
| | Другое | укажите здесь название заболевания | |
| Проводились ли вам когда-либо переливания крови? | | | |
| Были ли у вас беременности?* | | | |

* Потенциальный донор **не** может быть активирован во время беременности и в течение трех месяцев после окончания кормления ребенка грудью

Дата: _____ / _____ / _____ Подпись потенциального Донора:

число месяц год

Заполняется врачом:

Ф.И.О. врача: _____ Подпись врача
