

# استمارة تقييم الأهلية للتبرع بالدم

## القسم 1: معلومات المتبرع

الاسم الكامل: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ العمر \_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني (اختياري): \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

النوع: ☐ ذكر ☐ أنثى الوزن (كجم) \_\_\_\_\_

## القسم 2: أسئلة تقييم الأهلية

يرجى الإجابة بـ "نعم" أو "لا" على الأسئلة التالية:

السؤال	نعم	لا
هل سبق لك التبرع بالدم من قبل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من أمراض مزمنة (مثل السكري، الضغط، القلب)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل خضعت لأي عملية جراحية خلال آخر 6 أشهر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تناولت مضادات حيوية خلال آخر أسبوعين؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل سافرت مؤخرًا إلى منطقة موبوءة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تناولت وجبة دهنية خلال آخر 3 ساعات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعرضت لنقل دم خلال آخر 12 شهرًا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من أمراض معدية (مثل التهاب الكبد، الإيدز)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من انخفاض أو ارتفاع شديد في ضغط الدم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل لديك نزيف مستمر أو مشاكل في التجلط؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## القسم 3: إقرار المتبرع

أقرّ أنا الموقع أدناه بأنني قرأت وفهمت شروط التبرع بالدم، وأنني أجبت على جميع الأسئلة بدقة وصدق. كما أوافق على التبرع طوعًا دون أي مقابل.

الاسم الكامل: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_