

PHIẾU ĐĂNG KÝ HIẾN MÁU TÌNH NGUYỆN

HỌ VÀ TÊN(Chữ in hoa)..... Ngày sinh:...../...../19..... Giới: Nam ☐ Nữ ☐
 Nghề nghiệp:..... Cơ quan/Tường lớp:.....
 Địa chỉ thường trú(theo CMND):.....
 Địa chỉ liên lạc:.....
 Điện thoại:..... Email:.....
 Số CMND/Hộ chiếu/Thẻ quân nhân/Thẻ sinh viên..... Nơi cấp:.....
 Quý vị hiến máu lần đầu ☐ hoặc lần thứ..... Nhóm máu:..... người tra cứu:.....
 Xin quý vị vui lòng trả lời những câu hỏi ở phần dành cho người hiến máu (tích dấu ✓ vào ☐ thích hợp)

DANH CHO NGƯỜI HIẾN MÁU		DANH CHO CÁN BỘ Y TẾ	
		<u>KHÁM LÂM SÀNG</u>	
1/Trước đây quý vị đã từng hiến máu chưa ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Cân nặng:.....kg. Mạch:.....lần/phút	
2/Từ nhỏ quý vị có bị các bệnh mạn tính: Thấp khớp, chảy máu tiêu hóa, viêm gan/vàng da, bệnh tim, huyết áp thấp/cao, bệnh thận, hen, ho kéo dài, lao, ung thư...? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Huyết áp:...../.....mmHg	
Bệnh khác:.....		Tình trạng lâm sàng:.....	
3/Trong vòng 6 tháng gần đây, quý vị có: *Sút cân ≥ 4 kg không rõ nguyên nhân ? *Nổi hạch kéo dài ? *Chăm cứu, phẫu thuật ? *Xăm mình, xỏ lỗ qua da (tai, mũi...) *Được truyền máu hay chế phẩm máu *Sử dụng ma túy, tiêm chích...? *Quan hệ tình dục với người nhiễm HIV hoặc người có nguy cơ lây nhiễm HIV? *Quan hệ tình dục với người cùng giới *Tiêm vắc xin phòng bệnh ? Loại vắc xin..... *Sống trong vùng có dịch lưu hành (sốt rét bỏ điên...)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<u>KẾT LUẬN</u> *Hiến máu được <input type="checkbox"/> Thẻ tích (ml): <input type="checkbox"/> 250; <input type="checkbox"/> 350. Không hiến máu được <input type="checkbox"/> Lý do:..... Người khám:.....	
4/Trong vòng 1 tuần gần đây, quý vị có: *Bị cúm, ho, nhức đầu, sốt...? *Dùng thuốc kháng sinh, ASPIRIN, CORTICOID...? *Đền khám bác sĩ, làm xét nghiệm, chữa răng ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<u>XÉT NGHIỆM TRƯỚC HM</u> HST:..... HBV:..... Người XN:.....	
5/Quý vị hiện là đối tượng tàn tật hoặc hưởng trợ cấp tàn tật hoặc nạn nhân chất độc màu da cam không ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<u>LẤY MÁU</u>h.....phút,/...../20..... MSD:..... Lượng máu hiến: <input type="checkbox"/> 250; <input type="checkbox"/> 350. Phản ứng:..... Xử trí:..... Người lấy máu:.....	
6/Câu hỏi dành cho phụ nữ: *Chỉ hiện có thai hoặc nuôi con dưới 12 tháng tuổi ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Tôi đã đọc, hiểu và trả lời trung thực những câu hỏi trên. Nếu tôi phát hiện bất cứ thông tin gì liên quan tới an toàn cho đơn vị máu tôi đã hiến, tôi sẽ liên hệ ngay với Quý Viện để đảm bảo an toàn cho người nhận máu của tôi. Hôm nay tôi hoàn toàn khỏe mạnh và sẵn sàng tham gia hiến máu tình nguyện.		Ngày...../...../20..... Người hiến máu (ký ghi rõ họ tên)	

PHIẾU HIẾN MÁU

Phân dành cho người hiến máu	Phân dành cho cán bộ y tế
Họ và tên:..... Ngày sinh:...../...../19.....	Ngày lấy máu:...../...../20.....
Địa chỉ:.....	Thẻ tích máu: <input type="checkbox"/> 250; <input type="checkbox"/> 350
Số ĐT:..... HM lần đầu <input type="checkbox"/> hoặc lần này là lần thứ.....	Mã số đv máu:.....
Đơn vị đăng ký hiến máu:.....	Người lấy máu:.....
Gia đình anh chị có ai tham gia hiến máu không: có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/>	