

Formulir Kuesioner dan *Informed Consent* Donor

Lampiran I : Formulir Kuesioner dan *Informed Consent* Donor

Selamat Datang Terima Kasih atas Kesediaan  
Mohon Formulir ini diisi dengan Sejujurnya untuk

**KUESIONER DONOR**

Beri tanda (Ceklist) pada jawaban anda

	Ya	Tidak	Disi Pemas
1. Merasa sehat pada hari ini ? .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sedang minum antibiotic ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sedang minum obat lain untuk infeksi ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dalam waktu 48 jam terakhir</b>			
4. Apakah anda sedang minum aspirin atau obat yang mengandung aspirin? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Apakah anda mengalami sakit kepala dan demam bersamaan ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Untuk donor darah wanita ? Apakah anda saat ini sedang hamil ? Jika Ya, kehamilan keberapa ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dalam waktu 8 minggu terakhir</b>			
7. Apakah anda mendonorkan darah, trombosit atau plasma ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Apakah anda menerima vaksinasi atau suntikan lainnya ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Apakah anda pernah kontak dengan orang yang menerima baksinasi <i>smallpox</i> ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dalam waktu 16 minggu terakhir</b>			
10. Apakah anda pernah mendonorkan 2 kantung sel darah merah melalui proses apheresis ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dalam waktu 12 minggu terakhir</b>			
11. Apakah anda pernah menerima transfuse darah ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Apakah anda pernah mendapat transplantasi organ jaringan atau sumsum tulang ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Apakah anda pernah cangkok tulang untuk kulit ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Apakah anda pernah tertusuk jarum medis ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan orang HIV/AIDS ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan pekerja seks komersial ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan pengguna narkoba jarum suntik ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan pengguna konsentral factor pembekuan? ..	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Donor wanita : apakah anda pernah berhubungan seksual dengan laki-laki yang biseksual? ..	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan penderita hepatitis ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Apakah anda tinggal bersama penderita hepatitis? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Apakah anda memiliki tatto? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Apakah anda memiliki tindik telinga atau bagian tubuh lainnya? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Apakah anda sedang atau pernah mendapat pengobatan sifilis atau GO (kencing nanah) ? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Apakah anda pernah ditahan dipenjara untuk waktu lebih dari 72 jam? .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**INFORMED CONSENT DONOR**

Yth. Unit Transfusi Darah .....

Saya telah mendapatkan dan membaca semua informasi yang diberikan serta menjawab pertanyaan dengan jujur.

Saya mengerti dan bersedia menyumbangkan darah dengan volume sesuai standar yang diberlakukan dan setuju diambil contoh Darahnya untuk keperluan pemeriksaan laboratorium berupa uji golongan darah, HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Sifilis dan infeksi lainnya yang diperlukan saya serta untuk kepentingan penelitian. Bila ternyata hasil pemeriksaan laboratorium perlu ditindak lanjuti, maka saya setuju untuk diberikan kabar tertulis.

Jika komponen plasma tidak terpakai untuk transufe, saya setuju dapat dijadikan produksi plasma untuk pengobatan



Terima kasih atas Kesediaan ANDA meluangkan waktu menyumbangkan Darah  
dan Sejujurnya untuk Keselamatan ANDA dan Calon Penerima Darah ANDA

*di isi donatur*

Tidak	<del>Diisi</del> Petugas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dalam waktu 3 Tahun</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Apakah anda pernah berada di luar wilayah Indonesia ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Tahun 1977 hingga sekarang</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Apakah anda menerima uang, obat atau pembayaran lainnya untuk seks ?....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Laki-laki : Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan laki-laki walaupun sekali ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Tahun 1980 hingga sekarang</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Apakah anda tinggal selama 5 tahun atau lebih di Eropa ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Apakah anda menerima transfuse darah di Inggris ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Tahun 1980 hingga 1996</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Apakah anda tinggal selama 3 bulan atau lebih di Inggris ?.....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Apakah anda pernah</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Mendapatkan hasil positif untuk tes HIV/AIDS ?.....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Menggunakan jarum suntik untuk obat-obatan, Steroid yang tidak diresepkan dokter ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Menggunakan konsentrat factor pembekuan ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Menderita hepatitis ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Menderita malaria ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Menderita kanker termasuk leukimia ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Bermasalah dengan jantung dan paru paru ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Menderita pendarahan atau penyakit berhubungan dengan darah ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Berhubungan seksual dengan orang yang tinggal di afrika ? .....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Tinggal di Afrika ? .....

Ditandatangani setelah pemeriksaan Dokter

Tanda Tangan Donor

Tanda Tangan Dokter

contoh  
infeksi  
tak lanjut,



Tempat Kelahiran : .....

Penghargaan yang telah diterima : ☐ 10x ☐ 25x ☐ 50x ☐ 75x ☐ 100x

Bersediakah saudara donor pada waktu bulan puasa : ☐ Ya ☐ Tidak

Bersediakah saudara donor saat dibutuhkan untuk keperluan tertentu (diluar donor rutin) ☐ Ya ☐ Tidak

Donor yang terakhir tanggal : ..... Sekarang donor yang ke :

### DIISI OLEH PETUGAS HB

Nama Petugas Hb : ..... Nilai Hb : .....

Macam Donor : ☐ Sukarela ☐ Pengganti

Metode Pengambilan Darah : ☐ Biasa ☐ Aferesis ☐ Autologus

Hb Metode Kupper Sulfat : Berat Jenis 1.053

☐ > 12,5 gr % Tenggelam

☐ < 17 gr % Mengapung

☐ = 12,5 gr % Melayang

☐ = 17 gr % Melayang

☐ < 12,5 gr % Mengapung

☐ < 27 gr % Tenggelam

Golongan Darah : ☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB

Rhesu : ☐ Positif ☐ Negatif

### DIISI OLEH PETUGAS AFTAP

Nama Petugas Aftap / Paraf : ..... No. Kantong

Validasi Kantong Darah : .....

DIISI

Nam

Teka

Ber

Kea

Riv

Jer

D

Riwayat Donor Sebelumnya : .....

.....

.....

.....

.....

Ya ☐ Tidak

Nama Petugas Admin / Paraf : .....

### DIISI OLEH DOKTER

Nama Dokter : .....

Tekanan Darah : 70-160

Berat Badan : minimal 45 kg

Keadaan Umum : .....

Riwayat Medis : .....

: .....

Jenis Kantong : ☐ S ☐ D ☐ T ☐ Q

Ditolak / Diambil Sebanyak ☐ 250 cc ☐ 350 cc ☐ 450 cc ☐ cc

Denyut Nadi : 50 - 100 kali/menit

Tinggi Badan : .....

Suhu : .....

### Reaksi Donor

Pengambilan : o Lancar o Tidak Lancar o Stop ..... cc

Reaksi Donor : o Hematoma o Pusing o Muntah o Lain-lain : .....

DIISI OLEH DONOR  
MOHON DIISI LENGKAP DAN MENGGUNAKAN HUKUM

Tempat Penyumbangan	Tanggal		DIISI OLEH ADMIN
No. KTP/SIM/Paspor : .....	No. Kartu Donor : <input type="text"/>		Validasi Donor
Nama Lengkap : .....	Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Lk <input type="checkbox"/> Pr		
Tgl/Blm/Th. Kelahiran : .....	Kelurahan : .....		
Alamat : .....	Kecamatan : .....		
	Kota : .....		
No. Telp. Rumah/Hp : .....			
Alamat Kantor : .....			
No. Telp. Kantor/Email : .....			
Pekerjaan	1. TNI/POLRI 2. Pegawai Negeri/Swasta 3. Petani/Buruh 4. Wiraswasta 5. Mahasiswa 6. Pedagang 7. Lain-lain		Riwayat Donor Set
Tempat Kelahiran : .....			
Penghargaan yang telah diterima : <input type="checkbox"/> 10x <input type="checkbox"/> 25x <input type="checkbox"/> 50x <input type="checkbox"/> 75x <input type="checkbox"/> 100x			
Bersediakah saudara donor pada waktu bulan puasa : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
Bersediakah saudara donor saat dibutuhkan untuk keperluan tertentu (diluar donor rutin) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
Donor yang terakhir tanggal : .....	Sekarang donor yang ke : <input type="text"/>		
<b>DIISI OLEH PETUGAS HB</b> Nama Petugas Hb : ..... Nilai Hb : .....			<b>DIISI OLEH DO</b> Nama Dokter Tanggal Darah