ФГБУ филиал №1 «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» МО РФ

**Карта донора крови** *curdate*

1. **Фамилия** surname
2. **Имя** name
3. **Отчество** patronim
4. **Воинское звание**
5. **Дата рождения** bday
6. **Место жительства** addr
7. **Место работы** work
8. **Удостоверение личности** doc
9. **Контактный телефон** phone

**Анкета донора**

**(Приказ М3 РФ «1166н от 28.10.2020г. Приложение №1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Хорошее ли у вас 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? | да | нет |
| 10. | Употребляли ли Вы когда-либо наркотические средства, психотропные вещества? | да | нет |
| 11. | Проводилась ли Вам за последний год вакцинации (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 |

Приложение №2

Информационное добровольное согласие донора на медицинское обследование и донацию крови и (или) ее

компонентов

Я fio

(фамилия, имя, отчество)

Даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и донацию крови и(или) ее компонентов в ОЗПК ФГБУ Филиала №1 «МНИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» 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 донора)

Приложение №3

Согласие донора на обработку персональных данных.

Я fio

(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» представляю в ОЗПК ФГБУ Филиала №1 «МНИЦ ВМТ им. А.А.Вишневского» 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 донора)

**Медицинский осмотр**

Вес \_\_\_\_\_\_\_кг, t° \_\_\_\_\_\_, АД \_\_\_\_/\_\_\_\_мм.рт.ст., ЧСС \_\_\_\_\_\_уд/мин.

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

НЬ норма/ниже нормы

Заключение: к сдаче крови допускается / не допускается

Причина отстранения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Лабораторная апробация крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Исследование | Результат | Исследование | Результат |
| Группа крови AB0 | bgtext | HBsAg / ПЦР ВГВ |  |
| Резус-фактор | rh | AtHCV / ПЦР ВГС |  |
| Kell, фенотип | pheno | At к ВИЧ / ПЦР ВИЧ |  |
| Антиэритр. At |  | At к Lues / At к Кл АГ |  |

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

Заключение о годности крови: годна / не годна

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