



临沧市中心血站无偿献血登记表（全血）

献血地点：站内 ☐ 献血屋 ☐ 流动献血车 ☐

姓 名		性 别	男 ☐ 女 ☐	年 龄		婚 姻		民 族		国 籍	
职 业	公务员 ☐ 教师 ☐ 医务人员 ☐ 军人 ☐ 工人 ☐ 农民 ☐ 职员 ☐ 学生 ☐ 其他 ☐										
文化程度	大学以上 ☐ 大学 ☐ 大专 ☐ 高中 ☐ 中专 ☐ 初中及以下 ☐										
证件类型		证件号码									
移动电话				工作单位							
通讯地址											
既往献血史	首次 ☐ 再次 ☐	末次献血时间				是否愿意参加应急献血	是 ☐ 否 ☐				

献血前检查记录（由体检人员填写）

一般检查（以√表示正常，×表示不正常）：			
1. 皮肤、巩膜无黄染，皮肤无创面感染、无大面积皮肤病。 ☐			
2. 四肢无严重功能障碍，关节无红肿，双臂静脉穿刺部位无皮肤损伤且无穿刺痕迹。 ☐			
体重：	Kg	脉搏：	次/分
血压：	/	mmhg	体温：正常 ☐ 不正常 ☐ °C
检查结论：合格 ☐ 不合格 ☐		检查者签名	

快速检测记录（由检验人员填写）

血型		HBsAg	合格 ☐ 不合格 ☐	ALT	U/L	HB	g/L
检测结论：合格 ☐ 不合格 ☐		检查者签名					

采血记录（由采血人员填写）

献血者身份核对：正确 ☐ 不正确 ☐		“可以献血及献血量”确认：可以献血_____ml			
采前血袋外观及效期检查		合格 ☐ 不合格 ☐	标识一致性核对	☐ 已核对（采血袋、登记表、检测样本）	
采血量	400ml ☐ 300ml ☐ 200ml ☐	采血时间	开始： 时 分 结束： 时 分		
采血过程	顺利 ☐ （左臂 ☐ 右臂 ☐ ） 二次穿刺 ☐ （左臂 ☐ 右臂 ☐ ） 足量 ☐ 不足量 ☐ _____ml				
献血不良反应	无 ☐ 有 ☐				
采血者签名			采血日期	年 月 日	

献血者知情同意及健康情况征询表

尊敬的献血者：您好！

感谢您参加无偿献血，为了您本人的健康和受血者的安全，在献血前请认真阅读以下内容，谢谢您的理解与支持。

无偿献血告知书

安全的血液可挽救生命，不安全的血液却能危害生命。

请高危行为者（如有静脉药瘾史、男男性行为、艾滋病或性病等）不能参加献血。

1. 请不要为了化验而献血，国家提供艾滋病免费咨询和检测服务，请与临沧市疾控中心联系（电话：0883-2134563）。
2. 《血站管理办法》规定：献血者献血前应出示真实的身份证件，以便进行核对登记，我们承诺对您的相关信息严格保密。
3. 献血过程是安全的，血液采集使用一次性无菌耗材以保证献血者安全；有些人偶尔出现如穿刺部位青紫、出血或疼痛，献血后头晕等不适，都是轻微或短暂的；恳请每位献血者遵照献血前、后注意事项，以减低献血不适发生的可能。
4. 如果您认为已捐献的血液可能存在安全隐患，请在第一时间告诉我们（联系电话：0883-2145355）。
5. 血站遵从国家规定对血液进行检测，合格血液将用于临床，不合格的血液按照国家规定处理；检测结果不合格仅说明血液不符合国家标准的要求，不能作为感染或疾病诊断的依据。
6. 根据《中华人民共和国传染病防治法》的规定：血站将向疾控中心报告艾滋病等检测阳性的结果和个人资料。
7. 为了对您是否适合献血进行评估，请如实填写健康状况征询表，如果问题涉及到您的隐私或令您感到不舒服，请您谅解。

献血前健康状况征询表

请您仔细阅读并填写下列项目，若符合，请在□内打√，不符合请在□内打×。

今日/现时	是	否
1. 您是否觉得今天身体不舒服或存在不适症状？	☐	☐
2. 您是否正等待医院的检验报告或正接受某种治疗？	☐	☐
3. 今天献血后您是否会参加危险性的运动（如：爬山、潜水或滑翔）？	☐	☐
4. 您献血的目的之一，是不是想了解您身体是否健康？有没有染上艾滋病病毒或梅毒或其他疾病？	☐	☐
5. 您是否知道，如果感染了艾滋病病毒或梅毒，即使感觉无恙，检验结果是阴性，也可能将病毒传播给他人？	☐	☐
6. （女性填写）您现在是否处于月经期及前后三天？是否已怀孕？是否在过去一年内分娩或六个月内流产？	☐	☐
在过去 24 小时内		
7. 是否曾经注射类毒素、灭活或基因工程技术制成的疫苗（包括霍乱、伤寒、白喉、破伤风、甲型肝炎、人乳头瘤病毒、流行性感冒、脊髓灰质炎或百日咳等），且并无病症或不良反应出现？	☐	☐
在过去 3 天内		
8. 是否曾接受任何口腔护理（包括刷牙等）？	☐	☐
在过去 5 天内		
9. 是否服用阿司匹林或含阿司匹林的药物？	☐	☐
在过去 1 周内		
10. 您是否有发热、头痛或腹泻？是否曾患有感冒、急性肠胃炎？是否有任何未愈合的伤口或皮肤炎症？	☐	☐
11. 是否曾接受过玻尿酸填充物注射？	☐	☐
在过去 2 周内		
12. 是否曾拔牙？是否曾患有广泛性皮炎？是否有其他小手术？	☐	☐
13. 是否曾接受过减毒活疫苗，如麻疹、腮腺炎、黄热病、脊髓灰质炎等？	☐	☐
14. 是否曾接受过乙型肝炎疫苗？	☐	☐
在过去 4 周内		
15. 是否曾接触传染病患者，如：水痘、麻疹、肺结核等？	☐	☐
16. 是否曾接受减毒活疫苗注射，如：伤寒疫苗、风疹活疫苗、狂犬病疫苗、水痘疫苗？	☐	☐
17. 是否曾有不明原因的腹泻？	☐	☐
18. 是否曾接受过用于皮肤美容的微创治疗？（仅限于正规医疗机构）	☐	☐
在过去 3 个月内		
19. 是否曾进行纹眉、纹身、穿耳、身体穿孔？	☐	☐
在过去 6 个月内		
20. 是否曾进行过内镜侵袭性诊断或内镜手术？（不包括仅使用内镜进行单纯观察的非侵袭性检查）	☐	☐
在过去一年内		
21. 是否曾被使用过的针刺伤等？是否曾意外接触血液或血液污染的仪器？	☐	☐
22. 是否曾注射乙型肝炎免疫球蛋白？	☐	☐
23. 曾被动物咬伤并因此注射狂犬疫苗？	☐	☐
24. 是否曾接受外科手术（包括使用导管作治疗等）？或接受输血治疗？	☐	☐
25. 是否曾接受穴位埋线疗法？（仅限于正规医疗机构）	☐	☐
健康史情况		
26. 您是否曾有以下情况：	☐	☐
1) 接受凝血因子治疗？接受脑垂体激素药物如生长激素治疗？	☐	☐
2) 您本人或直系亲属是否患克雅氏病（疯牛病）？	☐	☐
3) 是否曾有晕厥、痉挛、抽搐或意识丧失？	☐	☐
4) 是否对某些药物产生过敏反应？	☐	☐
5) 如曾感染过猪带绦虫、蛔虫、蛲虫等，是否已治愈？	☐	☐
6) 是否曾患有肺结核或肺外结核？	☐	☐
7) 是否被告知永久不能献血？	☐	☐
27. 是否曾患有严重疾病？	☐	☐
1) 循环系统疾病（例如：冠心病、高血压病、心脏瓣膜病等）	☐	☐
2) 呼吸系统疾病（例如：支气管哮喘、支气管扩张、慢性支气管炎、肺气肿等）	☐	☐
3) 消化系统疾病（例如：胃溃疡、十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎等）	☐	☐
4) 血液系统疾病（例如：溶血性贫血、再生障碍性贫血、凝血性疾病等）	☐	☐
5) 恶性肿瘤（例如：胃癌、食管癌、肺癌、白血病等）	☐	☐
6) 内分泌及代谢性疾病（例如：糖尿病、甲状腺功能亢进等）	☐	☐
7) 神经系统疾病（例如：癫痫、脑出血等）	☐	☐
8) 精神系统疾病（例如：抑郁症、躁狂症等）	☐	☐
9) 泌尿及生殖系统疾病（例如：肾、膀胱、尿道疾病等）	☐	☐
10) 免疫系统疾病（例如：红斑狼疮、风湿性关节炎等）	☐	☐
11) 慢性皮肤病患者（例如：黄癣、广泛性湿疹、全身性牛皮癣等）	☐	☐
12) 严重寄生虫病（例如：血吸虫病、丝虫病、吸虫病等）	☐	☐
13) 其他严重疾病	☐	☐
28. 是否曾患有传染病或性病？	☐	☐
1) 12个月内是否曾患有甲型肝炎？	☐	☐
2) 是否是病毒性肝炎患者或感染者？病毒性肝炎血液检测阳性？如：乙型肝炎、丙型肝炎。	☐	☐
3) 是否是梅毒感染者或梅毒螺旋体检测阳性者？	☐	☐
4) 是否是 HIV 感染者或 HIV 检测阳性者？	☐	☐
5) 是否患有淋病、尖锐湿疣等？	☐	☐
6) 是否患有疟疾？	☐	☐
7) 4 周内是否患有登革热、基孔肯雅热？	☐	☐
生活习惯		
29. 您是否曾有以下情况：	☐	☐
1) 您是否曾滥用药物或注射毒品？	☐	☐
2) 您是否曾接受（或给予）金钱而与他人发生性行为？	☐	☐
3) 如您是男性，您是否曾与另一男性发生性行为？	☐	☐
4) 您是否同时期有多个性伙伴？	☐	☐
5) 其他您认为不适宜献血的情况	☐	☐
30. 在过去的 12 个月里，您是否曾与下列人士发生过性行为？	☐	☐
1) 被怀疑感染了 HIV（艾滋病病毒）或 HIV 检测呈阳性的人士？	☐	☐
2) 滥用药物或注射毒品的人？	☐	☐
3) 从事提供性服务的男士或女士？	☐	☐
4) 有双性性行为的人士？	☐	☐
5) 其他您认为不适宜献血的情况	☐	☐
旅行情况：		
31. 在过去 12 个月内，您是否曾在疟疾流行区居住或工作过？	☐	☐
32. 您是否曾在疟疾流行区连续居住或工作超过 5 年？	☐	☐
33. 在过去 2 周内，您是否曾到访过传染病区（如登革热、基孔肯雅热等）？	☐	☐

献血者知情同意书

本人已理解以上内容，并已知悉献血的整个过程，同意血站按规定对我所献的血液进行相关检测及使用。本人理解血液检测结果是安全输血的必要，不能用于疾病诊断或其他目的。本人保证对健康征询表和献血者登记表中所提供的资料真实无误，愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。

*本人自愿捐献全血：400ml ☐ 300ml ☐ 200ml ☐ 献血者签名：_____

医务人员签名：_____ 日期：_____ 年 月 日