

[illegible]

关系代码：01—父母 02—兄弟姐妹 03—配偶 04—子女 05—其他亲属 06—朋友
表一 （请填写直系亲属）

姓 名*		关系(填代码)*		手 机 *	
固定电话				QQ	
联系地址				微信	

姓 名 *		关系(填代码)*		手机 *	
固定电话				QQ	
联系地址				微信	

年 月 日

采样编号*	采血者	采样时间*	信息初审者*	数据录入者	数据审核者
回访次序*	回访人*	回访时间*	回 访 情 况 *		
第一次回访*					
第二次回访*					



年 月 日

电话: (010) 65126600
传真: (010) 65594434

5、您是否愿意加入捐献造血干细胞志愿服务组织? ☐愿意 ☐不愿意

志愿捐献者健康状况征询表

1. 您是第一次报名登记吗？

是()否()
2. 您是本地常住人口吗？

是()否()
3. 您的年龄在18-45 岁之间？

是()否()
4. 您的健康状况良好？

是()否()
5. 您已了解造血干细胞捐献的全过程？

是()否()

符合以上条件者，请继续回答下列问题：

(回答下列问题 时，“是”请在□内划√，“否”则划×)

- 1、是否曾患过乙型、丙型肝炎，现乙型肝炎表面抗原或丙型肝炎抗体阳性？
- 2、是否曾患过敏性疾病并反复发作，如荨麻疹、支气管哮喘、耐药性过敏等？
- 3、是否患过结核病，如肺结核、肾结核、淋巴结核及骨结核？
- 4、是否患有心血管疾病，如各种心脏病、高血压、低血压、心肌炎以及血栓性静脉炎？
- 5、是否患有呼吸系统疾病，如慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、肺功能不全？
- 6、是否患有消化系统或泌尿系统疾病，如较重的胃及十二指肠溃疡、慢性胃肠炎、慢性泌尿道感染、肾病综合症以及慢性胰腺炎？
- 7、是否患有血液病，如贫血、白血病、真性红细胞增多症及各种出、凝血性疾病？
- 8、是否患有内分泌疾病或代谢障碍性疾病，如脑垂体疾病，肾上腺疾病、甲亢、肢端肥大症、尿崩症及糖尿病？

□9、是否患有器质性神经系统疾病或精神病，如脑炎、脑外伤后遗症、癫痫、精神分裂 症、癔病、严重神经衰弱等？

□10、是否患有影响健康的良性肿瘤？

□11、是否曾做过切除胃、肾、脾等重要内脏器官手术？

□12、是否患有慢性皮肤病，特别是传染性、过敏性及炎症性全身皮肤病，如广泛性湿疹及全身性牛皮癣等？

□13、是否患有眼底有变化的高度近视？

□14、是否患有自身免疫性疾病及胶原性疾病，如系统性红斑狼疮、皮肌炎、硬皮病等？

□15、是否患有性病、梅毒、麻风病和艾滋病或是艾滋病病毒感染者？

□16、是否有过吸毒史？

□17、是否曾因患有不能献血的其他疾病而被拒绝无偿献血？

□18、是否在五年内曾输注过全血及成分血？

我理解我所捐出的造血干细胞将用于救治病人，错误的陈述和隐瞒将影响造血干细胞移植的质量及患者的安全，而主观故意的错误陈述和隐瞒与人道主义善举相悖。我保证我所提供的信息真实无误。

如填表后 7 天内我不愿捐献造血干细胞，我会及时与所在分库联系，及时通知分库对我的血样不予检测。

志愿者签名：

年 月 日