

志愿捐献者登记表

姓名*		性别*		出生日期*													
证件类型*		证件号码 *															
民族*		国籍*		籍贯 *						学历*							
户籍所在地*											邮编						
经常居住地 *											邮编						
工作单位/学校*											职业*						
单位/学校地址*											邮编						
单位/学校电话				手机 *													
固定电话				QQ *													
E-mail				微信 *													
无偿献血次数				血型 *													
身高 *				体重 *													
备注																	

与我本人联系不上时，可以请下列两位亲友转告：

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	

表二 （请勿填写在校学生、现役士兵、未成年人）

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

注：打 “*” 号项必填！

志愿者签名:

年 月 日

以下由工作人员填写

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

云南省 分库



中国造血干细胞捐献者资料库
(中华骨髓库)

志愿捐献者同意书

我了解 捐献造血干细胞的意义和有关知识。通过造血干细胞移植可以治疗人体造血系统及免疫系统的严重疾病，如白血病、恶性淋巴瘤、重症再生障碍性贫血、地中海贫血、重症免疫缺陷症等。

我清楚 从外周血采集造血干细胞的全过程，知道采集造血干细胞对人体没有损害。

我坚定 将如实准确地提供个人健康资料并到指定地点抽取血样。一旦需要，我将义无反顾为需要移植的患者捐献造血干细胞，以挽救其生命。

我承诺 如联系地址或电话变更时，会及时告知中国造血干细胞捐献者资料库。

我要求 中国造血干细胞捐献者资料库不能用我捐献的造血干细胞谋利，保证为我的个人资料保密，仅用于造血干细胞移植工作。

志愿者签名:

年 月 日

地址:北京市东城区干面胡同 53 号 电话:(010)65126600
邮编:100010 传真:(010)65594434

感谢您志愿加入中国造血干细胞捐献者资料库，请回答以下问题：

- 1、您的家人是否知道您志愿捐献造血干细胞？
☐知道 ☐不知道
- 2、如果一位患者与您的 HLA（人类白细胞抗原）相合，您会怎么做？
☐义无反顾捐献 ☐再了解一下相关知识 ☐还要听家人意见
- 3、如家人反对您捐献造血干细胞，您将：
☐根据家人态度决定不捐 ☐说服家人,争取理解 ☐救人为先,坚持捐献
(注：如果选择“还要听家人意见”或“根据家人态度决定不捐”，请放弃。)
- 4、您是否同意将您的血样及相关检测结果用于中国造血干细胞捐献者资料库的相关科研，科研结果属于中国造血干细胞捐献者资料库。☐同意 ☐不同意
- 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， “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