

迪庆州中心血站采供血科

表格编号：TAB/CGX-SOP36-001

版本状态：B00

保存期限：至少 10 年

无偿献血告知书

1. 安全的血液可挽救生命，不安全的血液却能危害生命。安全的血液只能来自以利他主义为动机和具有健康生活方式的献血者。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）不要献血。若明知有高危行为而故意献血，造成传染病传播、流行的，根据《中华人民共和国传染病防治法》第 77 条、《艾滋病防治条例》第 38 条和第 62 条规定，可被追究相应的民事责任。2、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，如有需要，请与香格里拉市疾病预防控制中心联系（联系电话：0887-3065982）。3. 为了对您的健康状况和是否适宜献血进行评价，您需要如实填写健康状况征询表。如果表中提问涉及到您的隐私或令您感到不舒服，请您谅解。4. 《血站管理办法》规定，献血者在献血前应出示真实的身份证件，血站应进行核对并登记，请给予支持。5. 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：13988714291）6. 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。有些人偶尔会出现如穿刺部位青紫、出血或疼痛、献血后头晕等不适，这些不适都是轻微或短暂的。恳请每位献血者遵照献血前、后应注意事项，以减低献血不适发生的可能。7. 血站严格遵守国家规定进行血液检测，将检测合格的血液用于临床，不合格血液将按照国家规定处理。血液检测结果不合格仅表明您所捐的血液不符合国家标准的要求，不能作为感染或疾病的诊断依据。8. 根据《中华人民共和国传染病防治法》规定，血站将艾滋病等检测阳性的结果及其个人资料向当地疾病预防控制中心报告。我们承诺对您的相关信息严格保密。9. 部分血液标本可能用于匿名的科学研究。

献血者健康情况征询表

尊敬的无偿献血者：
您好！为了您和他人的健康，请逐一如实填写以下列表内容。谢谢合作！
您是否有下列情况：（是的在□内打√；否的在□内打×）

睡眠是否达 6 小时

是否进食

当前身体状态：□

1. 您是否觉得今天的身体状况不适合献血？

2. 献血后您会直接从事剧烈运动或高风险的工作，如登山、潜水、高空作业、驾驶重型汽车吗？

3. （女性填写）您是否处于月经期及前后三天？是否怀孕？是否流产未满六个月？是否分娩及哺乳期未满一年？

在过去 24 小时内：□

4. 是否曾经注射类毒素、灭活或基因合成的疫苗（包括伤寒、乙脑、百白破、甲肝、乙肝、流感等疫苗）？并且有不良反应出现？

在过去 48 小时内：□

5. 是否曾经接受新冠病毒灭活或基因重组疫苗接种？

在过去 1 周内

6. 是否服用阿司匹林或含阿司匹林的药物？

7. 是否进行了口腔护理（如刷牙等）？患有伤口感染、发热、头痛、感冒、急性肠胃炎、局限性皮肤炎症？

在过去 4 周内

8. 是否曾拔牙及其他小手术？是否曾患有广泛性炎症、不明原因的腹泻？

9. 是否曾接触传染病患者，如：水痘、麻疹、肺结核等？

是否曾接受减毒活疫苗注射，如：伤寒、风疹、狂犬病、水痘疫苗？

在过去 6 个月内

11. 是否出现不明原因消瘦、持续发热、淋巴结肿大？

12. 是否被诊断为新冠病毒重症或危重症？

在过去一年内

13. 是否曾接受输血治疗？

14. 是否曾被动物咬伤并因此注射狂犬病疫苗？

15. 是否曾纹身、纹眉、穿耳或曾被使用过的针刺伤等？

16. 是否曾接受灭活疫苗和基因重组疫苗以外的其他类型新冠病毒疫苗接种（不包括减毒活疫苗）？

17. 是否曾接受外科手术？（如：阑尾切除术不满三个月，胆囊切除术不满六个月，骨科手术内固定取出后不满一年等）

健康史情况

18. 是否被告知永久不能献血？

19. 是否曾有晕厥、痉挛、抽搐或意识丧失？

20. 是否对某些药物产生过敏反应？

是否曾患有任何严重疾病

21. 循环系统疾病（如：冠心病、高血压病等）？

22. 呼吸系统疾病（如：哮喘、慢性支气管炎等）？

23. 消化系统疾病（如：反复发作的胃及十二指肠溃疡等）？

24. 血液系统疾病（如：贫血、白血病等）？

25. 内分泌及代谢性疾病（如：糖尿病、甲状腺功能亢进等）？

26. 神经系统疾病（如：癫痫、脑出血等）？

27. 精神系统疾病（如：抑郁症、躁狂症等）？

28. 泌尿系统疾病（如：急性肾肾炎、尿路结石发作期等）？

29. 免疫系统疾病（如：红斑狼疮、风湿性关节炎等）？

30. 慢性皮肤病患者（如：广泛性湿疹、全身性牛皮癣等）？

31. 寄生虫病（如：血吸虫病、脑囊虫病等）？

32. 是否曾患有肺结核或骨结核等？

33. 各种恶性肿瘤及其影响健康的良性肿瘤患者？

34. 接受过胃、肾、脾、肺、子宫等重要器官切除者？

35. 其他严重疾病？

是否曾患有传染病或性病

36. 是否是病毒性肝炎患者或感染者（如：甲肝、乙肝、丙肝等）？

37. 本人和性伴侣是否有是淋病、梅毒、尖锐湿疣、艾滋病等？

生活习惯

39. 是否滥服药物或注射毒品的人？

40. 是否同时有多个性伴侣或发生过男男性行为？

41. 是否是从事提供性服务的男士或女士？

42. 其他您认为不适宜献血的情况？

旅行情况

43. 您是否曾在传染病区（如鼠疫、霍乱、黄热病、疟疾等）居住或工作过？

献血者知情同意书

1. 我保证我的年龄为 18—55 周岁（既往健康献血者无献血反应史可延长到 60 周岁）和献血间隔符合规定。本人已理解以上内容，已知悉献血全过程。2. 本人献血前出示本人真实有效的身份证，未冒用他人身份证献血。3. 本人了解献血过程是安全的，偶有少数人会发生献血不良反应属正常情况。4. 本人已了解高危献血者故意献血造成传染病传播、流行的，依法承担民事责任，构成犯罪的追究刑事责任。5. 我同意迪庆州中心血站留取我的血样并按规定的项目进行检验和使用。并将上述检验结果储存于献血档案内。若检测不合格，血液按国家规定处置，相关信息严格保密。6. 本人理解献血检验结果只是安全输血的需要，不能作为诊断疾病的依据或其他目的。

献血者签名： 指导征询人员签名： 年 月 日

迪庆州中心血站采供血科

表格编号：TAB/CGX-SOP36-002

版本状态：B00

保存期限：至少 10 年

献血登记表

献血流水号

一、献血者基本情况（由献血者填写）

(请用正楷字填写，以便电脑录入、查询，如通讯信息发生变化请及时告知我们)

献血地点：固定点□ 流动采血车□

姓 名		性别		出生日期	年	月	日	族		已婚□ 未婚□	国籍	中国□ 其他____
证件类型	身份证□ 驾照□ 军人证□ 护照□			证件号								
职 业	事业（医疗□文化科研□教师□林木渔□）公务员□军人□学生□工人□农民□公司职员□个体□ 其他____											
文化程度	研究生以上□ 本科□ 大专□ 中专□ 高中□ 初中□ 小学□ 其它□											
居住状况	本地户籍			县（市）			非本地户籍居住六个月以上□			非本地户籍居住六个月以内□		
工作单位							固 定					
							通讯地址					
联系方式	手机电话：						邮箱或 QQ：			备注：		
既 往 献 血 史	首次□	上次献血类型：			全血□	单采血小板□			献血信息：查询史 有□ 无□			
	再次□	上次献血时间：			年	月	日	迪庆州□ 外地州□	配 偶 献 血： 有□ 无□			
个人意愿	自愿无偿献血□ 亲友互助献血□						是否愿意参加成分献血：是□ 否□				献血者	
本次献血	单采血小板：1u□ 2u□ 200ml 血浆□						全血：200ml□ 300ml□ 400ml□				签 名	

二、献血前检查记录（由医务人员填写）

一 般 体 格 检 查	一般检查（以√表示正常×表示不正常）： 皮肤巩膜无黄染□ 皮肤无创面感染、无大面积皮肤病□ 四肢无重要功能障碍及关节无红肿□ 双臂静脉穿刺部位无皮肤损伤且无穿刺痕迹□											
	体重	公斤	血压	mmHg	脉搏	次/分	体温：正常□ 异常□ °C					
	检查结论：可以献血□ 暂缓献血□ 不宜献血□				体检者签名：			日期： 年 月 日				
献 血 前 检 测	必查项目		ALT_____u/l 血红蛋白_____g/l 符合要求 □ 不符合要求 □									
	选择性选项		血型：	型	HBsAg（金标法）：阴性 □ 阳性 □			备注				
	检测结论		合格□ 暂缓献血□ 永久淘汰□			检测者签名：			日期： 年 月 日			

三、采血记录（由采血人员填写）

采血袋用前检查及关键器材、物料 已检查完好□				身份信息核对：正确无误□		可以献血及献血量确认□	
标识一致性核对		采血袋 征询表 检验试管 留样导管 配血导管 已核对无误□					
采血量		全血：200ml□ 300 ml□ 400ml□ 成分献血：1 单位□ 2 单位□ 200ml 血浆□			采血量不足 _____ml/u	采血时间	符合要求□ 不符合要求□
采血过程		手臂消毒 2—3 遍，作用 1—3min，面积≥6×8cm 已完成□ 顺利□（左臂□ 右臂□） 二次穿刺□（左臂□ 右臂□）					
献 血 不良反 应		无□ 有□（轻度□ 中度□ 重度□） 处理意见（详见献血处理和回访记录表）					
采血者签名：				采血日期： 年 月 日		处理者签名：	