

献血体检登记表

尊敬的女士/先生：请您用黑色水笔填写 年 月 日 编号

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他	民族		婚否	<input type="checkbox"/> 已 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 未知
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其他				
职业	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 公务员 <input type="checkbox"/> 医务人员 <input type="checkbox"/> 职员 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 军人 <input type="checkbox"/> 其他				
文化程度	<input type="checkbox"/> 研究生 <input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 中专(技) <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 初中及以下 <input type="checkbox"/> 未知				
联系地址		单位			
联系方式		是否常住南京	<input type="checkbox"/> 常住 <input type="checkbox"/> 暂住		
既往献血史	<input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 再次 上次献血类型 <input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 成分血	距上次献血时间	<input type="checkbox"/> 献全血已满6个月 <input type="checkbox"/> 献血小板已满4周 <input type="checkbox"/> 献全血已满3个月 <input type="checkbox"/> 献血小板已满2周		
本次献血招募方式	<input type="checkbox"/> 短信 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 媒体 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 团体 <input type="checkbox"/> 随机 <input type="checkbox"/> 相互转告 <input type="checkbox"/> 其他	本次自愿献血	<input type="checkbox"/> 全血 _____ ml <input type="checkbox"/> 成分血		
愿意加入	<input type="checkbox"/> 间隔期满后再次献血 <input type="checkbox"/> 加入应急捐献队伍 <input type="checkbox"/> 加入单采捐献队伍 <input type="checkbox"/> 加入干细胞捐献队伍 <input type="checkbox"/> 加入志愿者队伍				

以下由工作人员填写（献血者确认签名除外） 班组 团体 _____ 地点 _____

信息查询	<input type="checkbox"/> 无记录 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 间隔期未满足 <input type="checkbox"/> 屏蔽		查询者签名	
体检	体重	kg	血压	/ mmHg
	脉搏	次/分	体温	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> °C
	皮肤、巩膜、四肢及关节、双臂静脉穿刺部位 <input type="checkbox"/> 未见异常 <input type="checkbox"/> 异常			
	检查结论	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	体检者签名	
血液检测	血型	Hb	HBsAg	TP
	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 _____g/L	<input type="checkbox"/> 无反应性 <input type="checkbox"/> 有反应性	<input type="checkbox"/> 无反应性 <input type="checkbox"/> 有反应性	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 _____u/L
	脂血	ALT	机采成分填写	
	检测结论	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	检测者签名	Hb g/L HCT 身高 cm PLT ×10 ⁹ /L
献血评估	<input type="checkbox"/> 献全血 _____ ml <input type="checkbox"/> 献成分血		评估者签名	
	<input type="checkbox"/> 暂缓献血 <input type="checkbox"/> 不宜献血		献血者确认签名	
信息录入	<input type="checkbox"/> 献血录入 <input type="checkbox"/> 延期录入 <input type="checkbox"/> 屏蔽录入		录入者签名	
采血记录	身份证件核对	采血袋检查	采血过程	血流通畅
	<input type="checkbox"/> 正确 <input type="checkbox"/> 不正确	<input type="checkbox"/> 未见异常 <input type="checkbox"/> 异常	<input type="checkbox"/> 顺利 <input type="checkbox"/> 二次穿刺	<input type="checkbox"/> 左臂 <input type="checkbox"/> 右臂
	采血时间	_____时 _____分 _____秒 至 _____时 _____分 _____秒	标识一致性核对	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	实际采血量	<input type="checkbox"/> 全血 _____ ml	<input type="checkbox"/> 机采血小板 治疗量	<input type="checkbox"/> 机采血浆 ml
	采血耗材批号	采血者签名		献血反应 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 采血袋 <input type="checkbox"/> 检验试管 <input type="checkbox"/> 征询表 <input type="checkbox"/> 留样导管

粘 贴 条 形 码

献血者知情同意及健康状况征询表

尊敬的朋友：

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，请您认真阅读并如实填写问卷中的各项内容。如有任何疑问，请向医护人员咨询。感谢您的理解与支持。

献血者须知

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于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》、《艾滋病防治条例》规定，要依法承担相应的责任。

2、请不要为了化验而献血。因为如果感染了艾滋病病毒或梅毒，即使感觉无恙，检验结果呈阴性，也可能将病毒传播给他人。国家提供艾滋病免费咨询和检测服务，如有需要，请与当地疾病预防控制中心联系（联系电话可查询全国公共卫生公益热线12320）。

3、为了对您目前的健康状况是否适宜献血进行评价，您需要如实填写健康状况征询表。如果表中所提问题涉及到您的隐私或令您感到不舒服，敬请您谅解。

4、《血站管理办法》规定，献血者在献血前应**出示本人真实有效的身份证件**，血站工作人员应进行核对并登记，请您对此给予理解与支持。

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：全血 025-83479906 18951768039 成分83479794 18951768579）。

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。恳请您遵照献血前、后应注意的事项，以减低献血不适发生的可能。

7、血站严格遵从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置。血液检测结果不合格仅表明您所捐献的血液不符合国家血液标准的要求，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有反应性的结果及其个人资料向当地疾控中心报告。我们承诺对您的相关信息严格保密。

9、献血量：全血献血者每次可献全血400ml、300ml或者200ml。单采血小板献血者：每次可献1个至2个治疗单位，或者1个治疗单位及不超过200ml血浆。全年血小板和血浆采集总量不超过10L。注：上述献血量均不包括血液检测留样的量和保养液或抗凝剂的量。

10、献血间隔：全血献血间隔：不少于6个月。单采血小板献血间隔：不少于2周，不大于24次/年。因特殊配型需要，由医生批准，最短间隔时间不少于1周。单采血小板后与全血献血间隔：不少于4周。全血献血后与单采血小板献血间隔：不少于3个月。

11、在征得您同意的情况下，我们将收集并保存您的样本和部分信息，并进一步用于科学研究。保存的样本原为实验室检测剩余、本应销毁的血液样本，故不会增加您的痛苦和风险。若不同意保存样本并不会影响您正常的血液捐献。

12、我们会在法律规定的范围内保护您的个人隐私，您捐赠的样本和信息将被匿名化处理，您可以随时改变决定，我们一旦得到不同意使用的告知，您未使用的样本将被销毁，咨询电话 025-83472916。

献血者健康情况征询表

(请在“是”或“否”上画圈)

一、是否存在下列不适宜献血的情况

- 是否 1、您献血的目的之一是不是想了解您有没有染上艾滋病病毒或梅毒或其他疾病？
- 是否 2、您是否曾有下属情况：
- 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) 您本人或直系亲属曾患克雅氏病（疯牛病）？
 - 3) 对某些药物产生过敏反应？
 - 4) 曾感染过猪带绦虫、蛔虫、蛲虫等，尚未治愈？
 - 5) 曾患有肺结核或肺外结核？
 - 6) 曾被告知永久不能献血？
- 是否 3、您是否曾患有任何严重疾病？
- 1) 循环系统疾病（如：各种心脏病、高血压病、低血压、四肢动脉粥样硬化、血栓性静脉炎等）
 - 2) 呼吸系统疾病（如：慢性支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘、肺气肿、以及肺功能不全等）
 - 3) 消化系统疾病（如：慢性胃肠炎、活动期的或经治疗反复发作的胃及十二指肠溃疡、慢性胰腺炎、非特异性溃疡性结肠炎等）
 - 4) 血液系统疾病（如：贫血、真性红细胞增多症、粒细胞缺乏症、白血病、淋巴瘤及各种出、凝血性疾病等）
 - 5) 各种恶性肿瘤（如：胃癌、食管癌、肺癌、白血病等）及影响健康的良性肿瘤
 - 6) 内分泌及代谢性疾病（如：脑垂体及肾上腺疾病、甲状腺功能性疾病、糖尿病、肢端肥大症、尿崩症等）
 - 7) 神经系统疾病（如：脑血管病、脑炎、脑外伤后遗症、癫痫等及反复发作的晕厥或有惊厥病史等）
 - 8) 精神系统疾病（如：抑郁症、躁狂症、精神分裂症、癔病等）
 - 9) 泌尿及生殖系统疾病（如：急慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、肾病综合征、慢性泌尿道感染以及急慢性肾功能不全等）
 - 10) 免疫系统疾病（如：系统性红斑狼疮、皮炎、硬皮病、类风湿性关节炎、大动脉炎等）
 - 11) 慢性皮肤病患者（如：黄癣、广泛性湿疹及全身性牛皮癣等）
 - 12) 寄生虫及地方病（如：血吸虫病、丝虫病、钩虫病、肺吸虫病、囊虫病、肝吸虫病、黑热病及克山病和大骨节病等）
 - 13) 某些职业病（如放射性疾病、尘肺、矽肺及有害气体、有毒物质所致的急、慢性中毒等）
 - 14) 接受过胃、脾、肾、肺等重要脏器的切除术。
 - 15) 接受过异体移植植物移植（如：脏器、皮肤、角膜、骨髓、骨骼、硬脑膜移植等）
 - 16) 医护人员认为不适宜献血的其他疾病
- 是否 4、您是否曾患有传染病或性病？
- 1) 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。
 - 2) 梅毒感染者或梅毒螺旋体检测阳性者？
 - 3) 艾滋病病毒（HIV）感染者或HIV检测阳性者？
 - 4) 患有淋病、尖锐湿疣等？
- 是否 5、您是否曾有下列情况：
- 1) 曾滥服药物或注射毒品？既往或现有药物依赖、酒精依赖？
 - 2) 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) 同时期有多个性伙伴？
 - 5) 其他您认为不适宜献血的情况
- 是否 6、在过去的一年内，您是否曾与下列人士发生过性行为？

- 1) 被怀疑感染了艾滋病病毒（HIV）或HIV检测呈阳性的人士？
 - 2) 滥服药物或注射毒品的人？
 - 3) 从事提供性服务的男士或女士？
 - 4) 有双性性行为的男士？
 - 5) 其他您认为不适宜献血的人士？
- 是否 7、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？
- 是否 8、您是否曾被诊断寨卡病毒感染？

二、是否存在下列延期献血的情况

- 是否 1、您近日是否睡眠不足或感觉身体状况不适合献血？
- 是否 2、您是否正等待医院的检验报告或正接受某种治疗？
- 是否 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）？驾驶重型汽车？从事地下或高空作业（如：飞行、消防作业、棚架工作）？
- 是否 4、一天内，是否曾注射类毒素、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、乙型肝炎、流行性感、冻干乙型脑炎灭活疫苗、脊髓灰质炎或百日咳等）？
- 是否 5、三天内，是否曾接受任何口腔护理（包括刷牙等）？
- 是否 6、五天内，是否服用阿司匹林或含阿司匹林的药物？
- 是否 7、一周内，您是否有发热、头痛或腹泻？是否曾患有感冒、急性胃肠炎？是否有任何未愈合的伤口或皮肤炎症？活动性或进展性眼科疾病病愈是否未及1周？
- 是否 8、两周内，是否曾拔牙？是否曾患有广泛性炎症？是否有其他小手术？
- 是否 9、两周内，是否曾经注射减毒活疫苗，如麻疹、腮腺炎、黄热病、脊髓灰质炎等？
- 是否 10、一个月内，是否曾接触传染病患者，如：水痘、麻疹、肺结核等？
- 是否 11、一个月内，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、乙型脑炎减毒活疫苗？是否曾接受抗毒素及免疫血清注射？
- 是否 12、一个月内，是否曾有不明原因的腹泻？是否曾患急性泌尿道感染？
- 是否 13、三个月内，是否曾患肺炎、急性肾盂肾炎？
- 是否 14、阑尾切除术、疝修补术、扁桃体及眼科手术痊愈后是否未及3个月？较大手术痊愈后是否未及半年？
- 是否 15、一年内，是否接受输血治疗？是否曾纹身、穿耳或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？是否接受内窥镜检查、使用导管作治疗等？
- 是否 16、一年内，是否曾注射乙型肝炎免疫球蛋白？
- 是否 17、一年内，是否曾被动物咬伤并因此注射狂犬疫苗？
- 是否 18、一年内，是否曾接受体表良性肿瘤、妇科良性肿瘤手术治疗？
- 是否 19、二年内，是否曾患有急性风湿热或有后遗症？

三、是否存在下列特定情况

- 是否 1、（请女性填写）您现在是否处于月经期及前后三天？是否已怀孕？是否过去一年内分娩或六个月内流产？
- 是 2、（请满55周岁者填写）本人已年满55周岁（不满60周岁），曾有过多次献血经历，并且献血过程中和献血后没有不良反应，现要求再次参加无偿献血。

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。本人在健康征询表和献血者登记表中所提供的资料正确无误，并同意按规定对血液进行相关检测及使用。本人理解献血的血液检测结果只是安全输血的必要，不能用于疾病诊断或其他目的。本人同意将实验室检测剩余的血液样本以及健康相关信息存入南京红十字血液中心健康人群生物样本库，未来可用于人类的医学事业。本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。符合健康检查要求的献血者，由本人自主决定是否献血和选择献血量。

征询者签字：

日期： 年 月 日

献血者签字：

日期： 年 月 日

新冠肺炎相关健康状况征询表

(根据国卫办医函〔2021〕155号文件修订)

尊敬的献血者：

为保证血液安全，现对新冠肺炎相关流行病学情况进行健康征询。请您仔细阅读以下内容，并如实填写相关征询信息（请在 内以“√”表示）。

姓名：_____，身份证号码：_____

联系电话：_____，健康码颜色：绿色 黄色 红色

您是否	
1. 近28天（4周）内曾在境外或国内中高风险地区居住或旅行？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 近28天（4周）内曾密切接触新冠病毒感染者或聚集性发病人群？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 近28天（4周）内曾密切接触被要求居家隔离人员？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 近28天（4周）内曾密切接触有发热或呼吸道症状的人员？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 近28天（4周）内曾出现过发热或呼吸道症状？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 近48小时内曾接受新冠病毒灭活疫苗接种？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 近14天（2周）内曾接受灭活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）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 近6个月内曾被诊断为新型冠状病毒感染者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

献血前体温测量结果：_____ °C（医务人员填写）

本人理解健康征询与血液安全的关联性与重要性，承诺在《新冠肺炎相关健康状况征询表》提供的所有资料和信息是真实的，本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。

同时本人了解并承诺在献血后4周内如本人出现发热、干咳、乏力、气促等新冠肺炎相关症状或被要求隔离时，会致电告知南京红十字血液中心，联系电话：025-83477751（周一至周五8:30-16:30）、18951768579（血小板）、18951768039（全血）。

献血者签名及日期：

征询者签名及日期：

回访者签名及日期：

回访者签名及日期：

无偿献血者健康状况征询

温馨告知书

1. 如果您最近有出现发热、干咳、乏力、气促等新冠肺炎相关症状请暂缓献血，并及时到指定的发热门诊就医。
2. 如果您近 **28 天（4周）**内曾在境外或国内中高风险地区居住或旅行过，曾密切接触新冠病毒感染者或聚集性发病人群，曾密切接触被要求居家隔离人员，曾密切接触有发热或呼吸道症状的人员，曾出现过发热或呼吸道症状，近**48小时**内曾接受新冠病毒灭活疫苗接种，近**14天（2周）**内曾接受灭活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），或者近 **6个月**内曾被诊断为新型冠状病毒感染者等情况中的任意 **1 项**，请暂缓献血，且有新冠肺炎流行病学旅居史、接触史和生活史者还需居家医学观察 **14 天**，每天测量体温，若有不适，请及时到指定发热门诊就医。
3. 工作人员会酌情对献血者进行回访，对血小板献血者会根据情况在献血后**第 2 天和第 14 天**进行1-2次回访，对全血献血者会根据情况在献血**第 14 天内**和**第 14 天后**进行1-2次回访；回访内容主要为询问献血者有无发热、干咳、乏力、气促等新冠肺炎相关症状或被要求居家隔离等情况。
4. 如果您献血后4周内本人出现发热、干咳、乏力、气促等新冠肺炎相关症状或被要求隔离时，请您立即拨打市血液中心的回告电话：025-83477751（周一至周五 8:30-16:30）、18951768579（血小板）、18951768039（全血）。

南京红十字血液中心