

## Анкета донора крови и (или) ее компонентов

Фамилия, имя, отчество (при наличии) донора крови и (или) ее компонентов: \_\_\_\_\_

Дата рождения (день, месяц, год) донора крови и (или) ее компонентов \_\_\_\_\_

№ п/п	Содержание вопроса	Ответ	
		Да	Нет
1	Хорошее ли у Вас сейчас самочувствие?	Да	Нет
2	Были ли у Вас когда-либо инфекционные заболевания (в том числе болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), вирусные гепатиты В и С, сифилис, туберкулез, малярия)?	Да	Нет
3	Были ли у Вас когда-либо болезни сердца, высокое или низкое артериальное давление?	Да	Нет
4	Были ли у Вас когда-либо тяжелые аллергические реакции, бронхиальная астма?	Да	Нет
5	Были ли у Вас когда-либо судороги и заболевания нервной системы?	Да	Нет
6	Были ли у Вас когда-либо сахарный диабет, онкологические заболевания?	Да	Нет
7	Находились ли Вы в контакте с больными инфекционными заболеваниями?	Да	Нет
8	Были ли у Вас сексуальные связи с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), больными вирусными гепатитами В и С, сифилисом?	Да	Нет
9	Пребывали ли Вы на территориях, на которых существует угроза возникновения и (или) распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий? Если ДА, то на каких? _____ (укажите)	Да	Нет
10	Употребляли ли Вы когда-либо наркотические средства, психотропные вещества?	Да	Нет
11	Проводилась ли Вам за последний год вакцинация (прививки) или хирургические вмешательства?	Да	Нет
12	Принимаете ли Вы в настоящее время или принимали в течение последних 30 календарных дней какие-либо лекарства, включая жаропонижающие? Если ДА, то какие? _____ (укажите)	Да	Нет
13	Принимали ли Вы за последние 48 часов алкоголь?	Да	Нет
14	Состоите ли Вы на диспансерном учете или наблюдаетесь сейчас у врача? Если ДА, по какому поводу и в какой медицинской организации? _____ (укажите)	Да	Нет
15	Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 календарных дней?	Да	Нет
<b>ДЛЯ ЖЕНЩИН:</b>			
16	Беременны ли Вы в настоящее время, была ли у Вас беременность за последний год, кормите ли Вы в настоящее время ребенка грудью?	Да	Нет

Подпись донора \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись мед. работника \_\_\_\_\_

**Согласие донора на обработку персональных данных,  
включая специальные категории персональных данных и биометрические  
персональные данные**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Прописан(а) по адресу: \_\_\_\_\_

номер моб. телефона: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения Станция Переливания Крови Федерального Медико-Биологического Агентства в г. Екатеринбурге (далее - Оператор) расположенному по адресу: г. Екатеринбург, ул. Соликамская, 6, свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой деятельности (место работы или учебное заведение, должность).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в единую базу данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов на основании: Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие донора  
на медицинское обследование и донацию крови и (или) ее компонентов**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(год рождения, адрес фактической места жительства донора)

Даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и донацию крови и (или) ее компонентов в Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения Станция Переливания Крови Федерального Медико-Биологического Агентства в г. Екатеринбурге медицинским работником:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского обследования, порядок осуществления донации крови и (или) ее компонентов, связанный с ней риск, в том числе вероятность развития осложнений.

Я получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов и препаратов, полученных из моей крови и (или) ее компонентов. Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ-инфекции и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь и (или) ее компоненты для других людей. Я понимаю, что моя кровь и (или) ее компоненты будет проверена на наличие маркеров ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, сифилиса.

Я информирован(а), что во время процедуры донации крови и (или) ее компонентов возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки медицинского персонала.

Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со статьями 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) мед работника)