



无偿献血登记表

(请用正楷填写)

年 月 日

姓 名		性别		年龄		民族		国籍	
证件类型	☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 军人证 ☐ 其他				证件号码				
职 业	☐ 学生 ☐ 军人 ☐ 公务员 ☐ 医务人员 ☐ 务工人员 ☐ 企事业单位职员 ☐ 教师 ☐ 个体 ☐ 其他								
文化程度	☐ 大学以上 ☐ 大学 ☐ 大专 ☐ 高中 ☐ 中专 ☐ 初中以下						出生日期		
工作单位					详细通讯地址				
手机号码				固定电话			E-mail/QQ		
既往献血史	☐ 首次 ☐ 再次 上次献血类型: ☐ 全血 ☐ 机采血小板								

献血者健康情况征询表

一、您是否有下列暂时不适合献血的情况 (如有者在□内打√, 无者在□内打×)

- | | |
|---|---|
| ☐ 1 您是否正在等待医院的检查报告或接受某种治疗? 是否因健康问题正在使用药物治疗?
☐ 2 献血后您会直接从事剧烈运动或高风险的工作, 如高空作业、驾驶重型汽车、爬山等?
☐ 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? 是否分娩未满一年?
☐ 4 24小时内是否注射以下灭活疫苗(包括甲型肝炎、 人乳头瘤病毒 、流行性感冒、百日咳、白喉、破伤风等), 且并无病症或不良反应出现? 48小时内是否接种新冠病毒灭活或基因重组疫苗?
☐ 5 三天内是否接受任何口腔护理(包括洗牙等)?
☐ 6 五天内是否口服阿斯匹林类等抗凝血药物?
☐ 7 一周内是否患感冒、急性胃肠炎、皮肤炎症? 是否有任何未愈合伤口? 是否接受过玻尿酸填充物注射?
☐ 8 两周内是否曾患广泛性炎症? 是否拔牙? 是否做过其他小手术?
☐ 9 两周内是否捐献单采血小板? | ☐ 10 两周内是否接种麻疹、腮腺炎、脊髓灰质炎、乙型肝炎等疫苗?
☐ 11 四周内是否有不明原因腹泻? 是否患登革热、基孔肯雅热?
☐ 12 四周内是否接受过用于皮肤美容的微针治疗?
☐ 13 四周内是否接种过风疹活疫苗、狂犬病疫苗、伤寒疫苗、水痘疫苗、乙脑减毒活疫苗等?
☐ 14 三个月是否进行纹眉、纹身、穿耳、身体穿孔?
☐ 15 180天是否捐献全血?
☐ 16 6个月是否进行过内窥镜侵袭性诊断或内窥镜手术? (不包括使用内窥镜进行单纯观察的非侵袭性检查)
☐ 17 一年内是否曾与以下人士发生性行为: 与被怀疑感染了艾滋病病毒的、滥用药物或注射毒品的、从事提供性服务的、有双性性行为的?
☐ 18 一年内是否做过外科手术(包括使用导管作治疗等)? 或接受输血治疗? 是否接受穴位埋线疗法?
☐ 19 一年内是否被使用过的针刺伤等? 是否意外接触血液或血液污染的仪器?
☐ 20 一年内是否患过甲型肝炎?
☐ 21 一年内是否被动物咬伤后接受狂犬病疫苗注射, 最后一次疫苗接种未满1年?
☐ 22 一年内是否接受乙肝免疫球蛋白注射?
☐ 23 一年内是否到过疟疾流行区或曾有疟疾? |
|---|---|

二、您是否有下列不能献血的情况 (如有者在□内打√, 无者在□内打×)

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 接受凝血因子治疗或脑垂体激素药物如生长激素治疗?
☐ 2 慢性支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘、肺气肿?
☐ 3 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?
☐ 4 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?
☐ 5 急性慢性肾小球肾炎, 慢性肾盂肾炎, 肾病综合征, 慢性泌尿道感染以及急性慢性肾功能不全?
☐ 6 溶血性贫血, 再生障碍性贫血, 凝血性血液病? | ☐ 7 甲亢、糖尿病、尿崩症、肢端肥大症?
☐ 8 过敏症疾病、风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、皮炎或硬皮病?
☐ 9 慢性皮肤病如黄癣、广泛性湿疹、全身性牛皮癣?
☐ 10 曾有晕厥、痉挛、抽搐、意识丧失、癫痫、抑郁症、躁狂症、精神分裂症、癔病等?
☐ 11 严重寄生虫病如血吸虫病、丝虫病、钩虫病、蛔虫病、蛲虫病等?
☐ 12 各种传染性疾病如结核病、乙型或丙型等病毒性肝炎及感染者、艾滋病及感染者、梅毒、淋病、湿疣等?
☐ 13 恶性肿瘤及影响身体健康的良性肿瘤?
☐ 14 胃、肾、脾、肺等重要器官切除手术? |
|--|--|

献血者献血知情同意书

本人已阅读理解《献血前应知内容》(见背面), 并已知悉献血的整个过程。本人确认在“献血者健康情况征询表”和“无偿献血登记表”中所提供的资料正确无误, 并同意江门市中心血站按规定对本人的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用于保证安全输血的需要, 不能用于疾病的诊断或其它目的。本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。

当遇到紧急情况时, 您是否愿意参加应急献血 ☐是 ☐否

献血者签名: _____

献血者健康征询结果: ☐合格 ☐不合格

征询者签名: _____

条码粘贴处

献血前应知内容

- 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，根据相关法律可被追究相应的民事责任。

2、请不要为了化验而献血。

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，请在第一时间内告诉我们（电话：0750-3286499）。

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或疼痛、献血后头晕等不适，这些不适者是轻微或短暂的。

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理。血液检测结果不合格仅表明您所捐献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《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控制中心报告。我们承诺对您的相关信息严格保密。江门疾控中心提供免费艾滋病病毒抗体检测及咨询服务(电话：0750-3288552)。

献血前检查记录

电脑 检查 记录	☐ 无					检查者：			
	☐ 有：血型 型；上次献血时间： 年 月 日；适宜献血： ☐ 是/ ☐ 否								
体检 记录	体重：	kg	脉搏：	次/分	血压：	/ mmHg	体温： ☐ 正常 ☐ 异常	身高：	cm
	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								
	☐ 四肢无严重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								
	体检结论： ☐ 合格 ☐ 不合格					体检者：			
初筛 检验 记录	血红蛋白：	115g/L(女) 120g/L(男)	ALT：	U/L	HBsAg初筛：	ABO血型：	初筛者：		
						阴性 ☐ 阳性 ☐	型		
	机采血小板捐献增加以下项目：PLT x10 ⁹ /L； HCT：								
总评估情况		☐ 适合献全血 ☐ 适合献机采血小板 ☐ 暂缓献血					评估者：		
本次献血		全血_____ml		机采血小板 _____治疗量			献血者：		

采血记录

采血袋用前检查：		献血码一致性核对：		采血时间：	
☐ 已检查完好		☐ 采血袋 ☐ 征询表 ☐ 标本管2支		☐ 正常 ☐ 异常____分钟	
全血：	ml	机采：	治疗量	不足量原因： ☐ 献血不良反应 ☐ 血管细 ☐ 穿刺失败 ☐ 其他	
采血过程：顺利(☐ 左臂 ☐ 右臂) 二次穿刺献血者同意签名：				采血者：	
二次穿刺(☐ 左臂 ☐ 右臂) 第一次 ml 第二次 ml					
献血 不良反应 ☐ 有 ☐ 无	处置记录（请说明症状、体征、处理及转归）：				
	反应环节： ☐ 采中 ☐ 采后； 不良反应发生时间（时、分）：_____；				
	反应表现： ☐ 面色苍白 ☐ 出汗 ☐ 头晕 ☐ 头痛 ☐ 晕厥 ☐ 抽搐 ☐ 口麻 ☐ 恶心呕吐 ☐ 低血压				
	☐ 休克 ☐ 血肿 ☐ 跌倒 ☐ 其他				
	持续时间： ☐ 5分钟内 ☐ 5-10分钟内 ☐ 10-30分钟 ☐ 24小时之内 ☐ 1-3天 ☐ 其他				
	反应程度： ☐ 非重度 ☐ 重度				
处置方法： ☐ 停止献血 ☐ 头低脚高位，头偏向一侧 ☐ 松开衣领或紧身衣服 ☐ 指压人中、合谷穴 ☐ 予温开水、口服葡萄糖粉 ☐ 予温开水、口服补液盐散 ☐ 在床边或椅边放一容器以备呕吐 神志： ☐ 清 ☐ 不渣 脉搏：_____次/分钟， 血压：_____ / _____mmHg， ☐ 就近送医院治疗 ☐ 其他					
处置结果：观察时长：_____，恢复时间（时、分）：_____，神志： ☐ 清 ☐ 不清 脉搏：_____次/分钟， 血压：_____ / _____mmHg，离开方式： ☐ 自行步行 ☐ 搀扶 ☐ 车床或汽车运送，离开时间（时、分）：_____。					
处置者：					