

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

Телефон: _____

N 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) и 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.	Для женщин: беременны ли Вы в настоящее время, была ли у Вас беременность за последний год, кормите ли Вы в настоящее время ребенка грудью?	да	нет
16.	Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 календарных дней?	да	нет

Подпись донора _____

Дата (число, месяц, год) _____

Подпись медицинского работника _____

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

Я _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (год рождения, адрес места жительства донора)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и донацию крови и (или) ее компонентов в ГБУЗ СК «Ставропольская краевая станция переливания крови»

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) медицинского 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 _____,
проживающий(ая) по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", предоставляю ГБУЗ СК «Ставропольской краевой станции переливания крови» (далее - Оператор) расположенному по адресу: г. Ставрополь, ул. Лермонтова 205, 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 N 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов".

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата составления согласия _____