

表格内所有内容请用黑色水笔填写

注意：**红色字体**为固定填写内容
蓝色字体根据实际情况填写

献血登记表

编号：DS066-200901

填表说明：①请用钢笔或水笔填写 ②空项请用/表示



大学代码：310174

学校代码：0066047

献血点：_____ 验证者：_____ 验证号：_____ 日期：_____

班级：**F2070020**

学号：**520720222222**

个人信息

姓名	朱红	性别	女	年龄	20	民族	汉	国籍	中国											
证件类别	<input checked="" type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 驾驶证 <input type="checkbox"/> 军(警)官证 <input type="checkbox"/> 士兵证 <input type="checkbox"/> 港澳通行证 <input type="checkbox"/> 台胞证 <input type="checkbox"/> 外国公民护照 <input type="checkbox"/> 其他_____ 备注： <input type="checkbox"/> 电子证件																			
证件号码	3	1	0	1	0	4	2	0	0	0	0	4	2	2	1	1	1	1		
职业	<input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 军人 <input type="checkbox"/> 公务员 <input type="checkbox"/> 医务工作者 <input type="checkbox"/> 教师 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 职员 <input type="checkbox"/> 其他																			
出生年月	2020年 4月 22日		文化程度	<input type="checkbox"/> 大学以上 <input checked="" type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 小学以下																
居住状况	<input checked="" type="checkbox"/> 本市户籍 <input type="checkbox"/> 非本市户籍在本市居住六个月以上 <input type="checkbox"/> 非本市户籍在本市居住六个月以内																			
移动电话	1	8	2	0	1	1	1	1	1	1	1	本市固定电话	6	3	8	4	6	5	9	0
电子邮箱	1234@qq.com																			
工作单位	上海交通大学医学院												邮政编码	200025						
通讯地址	重庆南路227号																			
请选择血液检测结果告知方式，以下方式必选一种																				
<input type="checkbox"/> 手机短信 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 信函 <input checked="" type="checkbox"/> 微信查询（请关注上海市血液中心官方微信）																				
是否首次献血者： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										碘过敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有										
既往献血反应（首次献血者不必填）： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有																				
本次献血类型	全血		<input type="checkbox"/> 400ml <input checked="" type="checkbox"/> 200ml		单采血小板					<input checked="" type="checkbox"/> 2人份 <input type="checkbox"/> 1人份 <input type="checkbox"/> 其他：										
个人意愿	是否愿意参加应急献血？												<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已参加							
	是否愿意成为固定无偿献血志愿者，定期参加无偿献血？												<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已参加							
	是否愿意参加成分献血？												<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已参加							
	是否愿意捐献造血干细胞？												<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已参加							

装
订
线

献血者告知

尊敬的朋友:

您好!感谢您参加无偿献血。为了您和他人的健康,请您认真阅读献血教育资料和相关告知,并如实填写献血登记表中的各项内容,提供真实信息。登记表中任何问题即使您回答“是”也不一定表示您今天或以后不适宜献血。如有任何疑问,我们的工作人员将随时为您解答,并承诺对您的相关信息严格保密。谢谢您的理解与支持。

1. 无偿献血应出于利他主义精神,帮助需要输血的患者。请不要为疾病检测而献血。国家提供艾滋病免费咨询和艾滋病病毒抗体免费检测服务,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)。
2. 不安全的血液会危害患者的生命与健康。具有高危行为的人士不应献血,如静脉药瘾史、男男性行为或具有经血传播疾病(艾滋病、乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒等)风险者。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,高危人士故意献血,造成传染病传播、流行的,依法承担民事责任;构成犯罪的,依法追究刑事责任。
3. 根据《血站管理办法》规定,献血者在献血前应出示真实有效的身份证件。冒用他人身份献血的,应承担相应法律责任。
4. 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:021-62758257、021-62758027),我们将评估相关风险并对血液作适当处置,同时尊重和保护您的隐私。
5. 献血过程包括献血登记、献血前教育和告知、健康征询、体检初筛、血液采集和献血后护理及休息。在献血过程中,献血者有权针对流程提出任何问题并得到相应答复,有权同意或者拒绝献血。
6. 献血是安全的。极少数献血者可能出现静脉穿刺部位青紫、血肿、疼痛、头晕、出冷汗等不良反应,极个别可能出现较为严重的不良反应,如晕厥等。献血不良反应主要因为休息不佳、空腹献血、情绪紧张、穿刺部位按压方式不正确等原因所导致。献血者应遵照献血前、后的注意事项,以减少献血不良反应发生的可能。
7. 根据《中华人民共和国献血法》的规定,须对献血者进行健康征询与必要的健康检查,献血者应该如实填写献血登记表。不真实填写者,因所献血液引发受血者发生不良后果,应按照相关法律规定承担责任。如果表中问题涉及到您的隐私或令您感到不悦,敬请谅解。
8. 不安全的血液可能传播疾病,血站将遵照国家规定对献血者血液进行经血传播疾病的检测,检测合格的血液将用于临床,不合格血液将按照国家规定处置。需要说明的是,血液检测结果不合格仅表明捐献的血液不符合国家临床用血标准,不作为感染或疾病的诊断依据。同时由于检测技术的局限性,并非所有经血传播疾病都能够检出。
9. 根据《中华人民共和国传染病防治法》等相关规定,血站须向当地疾病预防控制中心报告艾滋病毒等感染等检测阳性的结果及其个人资料。
10. 根据安全输血的需要,您捐献的血液或部分血样可能被匿名用于安全输血的相关研究与质控。相关数据可能会被匿名用于统计、汇总和分析,以促进安全输血。

献血登记表

编号: DS066-200901

所有选项都√否, 方可成功献血
第15选项仅女生填写

献血者健康征询

(请在□内以“√”表示)

是 否

★献血间隔期

★. 1 在过去 6 个月内您是否捐献过全血?

★. 2 在过去 2 周内您是否捐献过单采血小板?

1. 今日/现时您是否感觉不适, 正在服药, 接受治疗或等待医院的检验报告?

2. 在过去 24 小时内是否曾接种下列疫苗且无病症及不良反应: 霍乱、流感(注射)、白喉类毒素、伤寒(注射)、百日咳、白喉、破伤风、百白破联合疫苗、戊型肝炎、脊髓灰质炎(注射)、人乳头瘤病毒(HPV)、肾综合征出血热、流行性乙型脑炎、脑膜炎球菌、钩端螺旋体、肺炎链球菌、森林脑炎(蜱传脑炎)、甲型肝炎(灭活)和乙型肝炎?

3. 在过去 3 天内您是否曾接受口腔护理(包括刷牙等)?

4. 在过去 1 周内您是否曾有活动性或进展性眼科疾病? 发热、头痛或腹泻? 感冒或急性胃肠炎? 未愈合的伤口或皮肤炎症?

5. 在过去 2 周内您是否

5.1 曾拔牙或有其他小手术? 有皮肤广泛性炎症?

5.2 曾接种减毒活疫苗, 如炭疽、痢疾(口服)、鼠疫、布氏杆菌、流感(鼻喷)、麻疹、腮腺炎、黄热病、脊髓灰质炎(口服)?

6. 在过去 4 周内您是否

6.1 曾有急性泌尿道感染?

6.2 曾接受破伤风抗毒素、抗狂犬病血清等治疗? 曾接种伤寒(口服)、风疹疫苗、狂犬病、水痘、带状疱疹疫苗?

6.3 曾与风疹、水痘、带状疱疹等传染病患者有密切接触?

7. 在过去 3 个月内您是否曾接受阑尾切除术、疝修补术、扁桃体手术、眼科手术? 患肺炎、急性肾盂肾炎?

8. 在过去半年内您是否曾患痢疾、弓形虫病、新冠病毒感染?

9. 在过去 1 年内您是否

9.1 曾接受输血治疗?

9.2 接受内窥镜检查或导管治疗等?

9.3 纹身、穿耳? 被血液或组织液污染的器材致伤或污染伤口?

9.4 与下列人士发生过性行为: 被怀疑感染了 HIV(艾滋病/人类免疫缺陷病毒)或 HIV 检测呈阳性者、滥服药物或注射毒品者、从事提供性服务的男士或女士、有双性性行为的男士、HBsAg 检测阳性或肝炎患者、有梅毒或淋病病史者?

9.5 曾患甲型肝炎、伤寒? 曾前往疟疾等传染病流行地区?

9.6 曾注射乙型肝炎免疫球蛋白治疗? 被动物咬伤并因此注射狂犬疫苗?

9.7 接受妇科良性肿瘤、体表良性肿瘤等手术、整形手术等较大外科手术?

10. 在过去 2 年内您是否曾患布氏杆菌病、Q 热、急性风湿热?

11. 在过去 3 年内您是否曾患疟疾?

12. 过去您是否

12.1 曾患有以下各系统严重疾病: 呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病、内分泌系统疾病、免疫系统疾病、慢性皮肤病、过敏性疾病及过敏反应反复发作、神经系统疾病、精神疾病? 恶性肿瘤及影响健康的良性肿瘤? 严重寄生虫病、职业病? 曾接受过重要内脏器官切除? 医护人员认为不适于献血的其他疾病?

献血登记表

编号: DS066-200901

是 否

12.2 患有下列传染病或性病?

- 1) 艾滋病或 HIV 感染?
- 2) 病毒性肝炎或感染, 如: 乙型肝炎、丙型肝炎?
- 3) 麻风病, 梅毒或梅毒螺旋体感染, 淋病、尖锐湿疣等?
- 4) 结核病, 如肺结核或肺外结核?
- 5) 人类嗜 T 淋巴细胞病毒 (HTLV) 感染?

12.3 有下述情况

- 1) 本人或直系亲属是否患克雅氏病 (疯牛病)? 接受可能来源于克-雅病原体感染的组织或其衍生物 (如: 角膜、硬脑膜、人垂体生长激素、凝血因子等) 治疗?
- 2) 接受过器官、组织的异体移植?
- 3) 长期使用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、镇静催眠类药物? 有酒精或药物依赖?
- 4) 被告知永久不能献血?

13. 生活习惯: 您是否曾有下列情况

- 13.1 滥用成瘾性药物或注射毒品?
- 13.2 接受 (或给予) 金钱而与他人发生性行为?
- 13.3 如您是男性, 是否曾与另一男性发生性行为?
- 13.4 同时期有多个性伙伴?
- 13.5 其他您认为不适宜献血的情况?

14. 服药情况:

- 14.1 近 5 天内您是否服用阿司匹林或含有阿司匹林的药物?
- 14.2 近 1 周内是否服用解热镇痛药、抗凝药?
- 14.3 近 4 周内您是否曾服用痤疮治疗药物异维甲酸、非那雄安?
- 14.4 近 6 个月内您是否曾服用前列腺增生治疗药物度他雄安?
- 14.5 近 3 年内您是否曾服用银屑病治疗药物阿维 A 酸?

15. (女性填写) 您是否处于月经期及前后 3 天? 是否已怀孕? 是否在 6 个月内流产? 是否分娩后及哺乳期未满 1 年?

献血者知情同意书

本人已阅读“献血教育的相关资料和献血者告知”, 已理解并接受所有内容, 知悉献血的整个过程和输血相关传染病的相关知识。本人在《献血登记表》中提供的所有资料是真实的, 本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。本人同意按规定对血液进行相关检测和部分血样可能被匿名用于安全输血的相关研究与质控。本人理解献血的血液检测结果只是安全输血的需要, 不能用于疾病诊断或其他目的。

献血当日时间

献血者签名: 朱红 日期: 年 月 日

医护人员签名: 日期: 年 月 日

献血登记表

编号: DS066-200901

本页不填写

献血前检查记录

初筛号: _____

身高: _____ cm		体温: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常 _____ °C	
一般 检 查	体重: _____ kg	脉搏: _____ 次/分	血压: _____ / _____ mmHg
	皮肤、巩膜黄染 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有		四肢重度及以上残疾 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
	检查 结论	<input type="checkbox"/> 符合要求 <input type="checkbox"/> 不符合要求 医护人员签名: _____	
献 血 前 检 测	全血 <input type="checkbox"/>	① 血红蛋白: _____ g/L 或血比重: <input type="checkbox"/> 符合要求 <input type="checkbox"/> 不符合要求 ② ALT: _____ U/L ③ HBsAg: <input type="checkbox"/> 无反应性 <input type="checkbox"/> 有反应性 ④ ABO 初筛血型: _____ 查询血型: _____	
	单采 血小板 <input type="checkbox"/>	① ALT: _____ U/L ② HBsAg: <input type="checkbox"/> 无反应性 <input type="checkbox"/> 有反应性 ③ ABO 初筛血型: _____ 查询血型: _____ ④ 血红蛋白: _____ g/L ⑤ HCT: _____ % ⑥ 采前血小板数: _____ ×10 ⁹ /L ⑦ 乳糜血: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
	检测 结论	<input type="checkbox"/> 符合要求 <input type="checkbox"/> 不符合要求 医护人员签名: _____	
	健康检查 结论	<input type="checkbox"/> 可以献血 <input type="checkbox"/> 不宜献血 <input type="checkbox"/> 暂缓献血	
		医护人员签名: _____	
		不宜献血相关事项已告知 医护人员签名: _____ 献血者签名: _____	
		暂缓献血原因及相关事项已告知 医护人员签名: _____ 献血者签名: _____	

献血登记表

编号: DS066-200901

本页不填写

采血记录

ABO 初筛血型: _____

采血量	全血 <input type="checkbox"/> 400 ml <input type="checkbox"/> 200ml <input type="checkbox"/> 其他: _____ ml 成分血 <input type="checkbox"/> 2 人份 <input type="checkbox"/> 1 人份 <input type="checkbox"/> 其他: _____ ml	献血序列码 粘贴处
采血前双臂检查: 双臂静脉穿刺部位有无皮肤损伤或穿刺痕迹 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有		
核对: 献血者身份、献血登记表、采血袋、留样导管、检测标本 <input type="checkbox"/> 已核对		
<input type="checkbox"/> 全血 采集信息 记录	采血袋使用前检查: <input type="checkbox"/> 已检查完好 批号: _____ 采血开始时间: _____ 时 _____ 分 采血结束时间: _____ 时 _____ 分 流速慢: <input type="checkbox"/> 200ml > 5 分钟 <input type="checkbox"/> 200ml > 7 分钟 <input type="checkbox"/> 400ml > 10 分钟 <input type="checkbox"/> 400ml > 13 分钟	
<input type="checkbox"/> 单采 血小板 采集信息 记录	单采血小板采集耗材 <input type="checkbox"/> 已检查完好 批号: _____ 采血开始时间: _____ 时 _____ 分 采血结束时间: _____ 时 _____ 分 采集设备资产编号: _____ 血液保存液 (I) 批号: _____ 使用量: _____ ml 氯化钠注射液批号: _____ 使用量: _____ ml 目标采集量: _____ $\times 10^{11}$ 采集总量: _____ ml 采后血小板预估值: _____ $\times 10^9/L$ 处理血量: _____ ml	
采集异常情况记录	<input type="checkbox"/> 二次穿刺 <input type="checkbox"/> 中途退出 <input type="checkbox"/> 其他: _____	献血者签名: _____
献血不良反应: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 处置情况见《献血不良反应报告表》		
不合格品: <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 凝块 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 评估者: _____		
采血者签名: _____		
献血登记表审核者: _____		