

КАРТА ЗА КРЪВОДАРЯВАНЕ №

Дата:

Обект:

ЕГН	Име	Презиме	Фамилия	Други имена
Месторождение				пол:
Домашен адрес				
Служебен адрес				
Телефони				Брой кръводарявания
Личен лекар				

Данни за болното лице, ако кръводаряването е за близък:

Имена на болен	Ориентироvana кр. група на донора
Медицинско заведение	
Клиника/Отделение	Регистрира:

Освидетелстване

Изследване	Резултат	Извършил	Изследване	Резултат	Извършил
1. Хемоглобин					
2. Кръвно налягане					
3. Пулс					
4. Температура					

Номер кръводаряване	Номер на сак	Дата и час на кръводаряване	Извършил	Стандартна ДА/НЕ	Количество в мл	Продължителност	Фабричен номер

Подписи: Лаборант: _____ Медицинска сестра: _____ Лекар: _____

РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗОСЕРОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:

Кръвна група	RhD	Антисерумна формула	Титър	Наличие на AT	Подпись на лекар

Дата: _____

РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНИЯТА ЗА ТРАНСМИСИВНИ ИНФЕКЦИИ:

HIV Ag - Ab	HBsAg	HCV Ag - Ab	Trep. pall Ab	Отчел	Забележка
	НВ.				

Дата: _____

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОИЗВОДСТВО:

Номер	ЦКръвен продукт	Тегло, мл	Срок на годност, Дата	Етикетирал	Проверил	Лекар	Дата
	ЕК, ЕКД, ОЕК						
	TK						
	ПЗП ПНФК						
	ЦК						

Забележки: _____

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ЗДРАВОСЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ДОНОРА

Аз _____
 Възраст _____ ЕГН _____ гр. (с.) _____ трийте имена на кандидат-донора _____ област: _____
 ул./ж.к. _____ № _____ бл. _____ вх. _____ ап. _____
 Мобилен тел. _____ Домашен тел. _____ Служебен тел. _____
 Личен лекар _____

Декларирам, че разбирам и отговарям искрено на следните въпроси:

№	Въпрос	Моля, заградете верния отговор
1	Чувствате ли се здрав?	ДА НЕ
2	Давали ли сте досега кръв? Ако ДА, кога за последен път?	ДА НЕ
3	Имате ли рискови професии или хобита?	ДА НЕ
4	За жени - била ли сте бременна през последната година?	ДА НЕ
5	Казвали ли са Ви по-рано, че не бива да дарявате кръв?	ДА НЕ
6	Приеливали ли са Ви кръв и кръвни съставки? Ако ДА, кога?	ДА НЕ
7	Имали ли сте напоследък немотивирана температура, отслабване на тяло, увеличаване на лимфни възли?	ДА НЕ
8	Приемате ли в момента никакви лекарства, включително аспирин?	ДА НЕ
9	Имате ли скорошни имунизации, зъболечение?	ДА НЕ
10	От последното ви даряване или предшестващите 12 месеца имали ли сте: Хирургична интервенция? Татуировка, боди пирсинг, акупунктура? Случайно нараняване, включващо експозиция с кръв чрез увождане с излахи или през мукозни мембрани?	ДА НЕ
11	Боледували ли сте от: Жълтеница Малария Туберкулоза Ревматизъм Сърдечно заболяване, високо или ниско кръвно налягане? Алергия, астма? Гърьобе или заболявания на нервната система? Хронични заболявания като диабет или други ендокринни заболявания? Злокачествени заболявания?	ДА НЕ
12	Инжектирали ли сте си някога наркотици?	ДА НЕ
13	Преценявате ли, че сте имали поведение, излагашо Ви на риск от заразяване от СПИН и други болести, предаващи се по полов и/или кръвен път (случайни полови контакти), честа смяна на сексуалните партньори, сексуални контакти с проституирани или наркомани?	ДА НЕ
14	Прочетохте ли и разбрахте ли информацията за СПИН и хепатит?	ДА НЕ
15	Имали ли сте полово преносимо заболяване?	ДА НЕ
16	Имали ли сте контакт с хепатит (в семейна или професионална среда)?	ДА НЕ
17	Роден ли сте или живял ли сте и/или пътували в чужбина? Къде ? Кога ?	ДА НЕ

Подпис на медицинското лице: _____ ДЕКЛАРАТОР: _____
 подпись или знак

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА КРЪВОДАРИТЕЛ

Уважаеми Господине/Госпоожно,

Преди да попълнете декларацията внимателно я прочетете. Подпишете я само след като се убедите напълно, че разбирате всичко, написано по-долу.

Вие имате право да получите от ръководителя на екипа, който Ви взема кръв, всяка възможна информация за същността, значението и обхватата на процедурата „кръводаряване“, рисковете за Вас и за реципиента (приемателя) на Вашата кръв, която информация Ви е необходима относно последствията от съгласието Ви.

Вие нямаете право да получите от когото и да било парично заплащане или компенсация от никакъв род, които да Ви се дават или предложат с оглед получуването на съгласието Ви за кръводаряване.

Долуподписанието: _____, ЕГН: _____

ДЕКЛАРИРАМ следното:

- Разяснено ми е, че при предстоящото кръводаряване (даряване на кръвни съставки чрез апаратна афереза), количеството взета кръв (взематата кръвна съставка) ще бъде стандартен обем от 450 мл. (..... мл.).
- Разяснено ми е, че клиничната оценка на състоянието ми позволява да бъда кръводарител (дарител на кръвна съставка).
- Доброволно се съгласявам, без заплахи и насилие, да бъда дарител на кръв (на кръвна съставка).
- Получих съм достатъчно информация за процедурите „кръводаряване“ и „кръвопреливане“.
- Уведомен съм, че дарената от мен кръв (кръвна съставка) ще бъде изследвана за кръвна група по АBO и Rh системата.
- Уведомен съм също, че дарената от мен единица кръв (кръвна съставка) ще бъде изследвана за маркери на трансмисивни инфекции и при положителен резултат, за който и да е от тях, дарената от мен кръв (кръвна съставка) ще бъде унищожена, пробите и всички мои данни ще бъдат изпратени в съответните референтни лаборатории и аз ще бъда изключен от регистъра на донорите.
- Известно ми е, че макар и малко вероятно, може да възникне базо-багална реакция (колапс) по време или непосредствено след кръвовземането, га се образува хематом на мястото на увождането или венепункцията да бъде неуспешна.
- Не са ми известни причини, поради които взетата от мен кръв може да причини сериозни усложнения у приемателя, като Сифилис, Хепатит В, Хепатит С и СПИН.

Декларирам, че напълно разбирам по-горните изявления.

Съставено в _____, в _____ часа на гама _____ ДЕКЛАРАТОР: _____
 подпись или знак