

PHẦN HÀNH CHÍNH

Họ và tên:(Viết bằng chữ in hoa).....Nam Nữ
Ngày sinh:/...../..... Số CMND..... Nghề nghiệp:.....
Cơ quan/Trường, lớp:.....
Địa chỉ thường trú:.....
Địa chỉ liên lạc:.....
Số điện thoại di động:..... Nhà riêng, cơ quan:
Email: Facebook:
Hiến máu lần thứ:..... Nếu là lần thứ 2 trở lên, ngày hiến gần đây nhất là ngày.....tháng.....năm.....
Thành phần hiến lần trước: Máu toàn phần Hồng cầu Bạch cầu Tiểu cầu Huyết tương

PHẦN DÀNH CHO TRUNG TÂM TRUYỀN MÁU

KHÁM LÂM SÀNG

Cân nặng:
Mạch:
Huyết áp:.....
Lâm sàng:.....
Kết luận: Đủ sức khỏe Tạm hoãn
BS khám ký tên (ghi rõ họ và tên):.....

XÉT NGHIỆM

Hb:.....
HIV:.....
HBV:.....
HCV:.....
Giang mai:.....
Sốt rét:.....
Nhóm máu:.....
KTV Xét nghiệm ký tên (ghi rõ họ và tên):.....

LẤY MÁU

Ngày lấy:.....
Túi máu số:.....
Lượng máu lấy:.....
Nhân viên lấy máu ký tên (ghi rõ họ và tên):.....

PHẢN TRẢ LỜI CÂU HỎI

Để đảm bảo an toàn cho người hiến máu và người nhận máu, đề nghị bạn **đọc kỹ và trả lời chính xác** các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu x vào các ô

1. Bạn có chắc chắn mình đủ 18 tuổi để hiến máu không? Có Không
2. Hôm nay bạn thấy khoẻ mạnh, thoải mái không? Có Không
3. Bạn có ăn uống gì trước khi hiến máu không? Có Không
4. Bạn có bị bệnh tim, thận, đái đường, lao phổi, hen suyễn, bệnh về máu, động kinh, ung thư...không ? Có Không
5. Trong 6 tháng qua bạn có bị thương hàn, nhiễm trùng huyết, bị rấn cắn, viêm tủy xương không ? Có Không
6. Bạn có hay bị khó thở hay ngất xỉu không? Có Không
7. Bạn đã bao giờ bị vàng da, viêm gan hay có kết quả xét nghiệm dương tính về HBsAg không? Có Không
8. Trong 12 tháng qua bạn có bị sốt rét, giang mai, uốn ván, viêm não, viêm màng não không ? Có Không
9. Trong 12 tháng qua bạn có bị mổ hoặc/và được truyền máu không? Có Không
10. Trong 12 tháng qua bạn có chích ngừa vắc xin không ? Loại Cách mấy tháng Có Không
11. Trong 6 tháng qua bạn có khâu tai, bấm mũi, bấm rốn, xăm mình hoặc được châm cứu không ? Có Không
12. Trong 7 ngày qua bạn có uống các loại thuốc aspirin, giảm đau, kháng sinh... không? Có Không
13. Trong 7 ngày qua bạn có nhổ răng hoặc chữa răng không? Có Không
14. Trong 6 tháng qua bạn có quan hệ tình dục không an toàn với người nghiện chích ma tuý, gái mại dâm, người mắc bệnh hoa liễu, người có quan hệ tình dục cùng giới...không? Có Không
15. Trong 6 tháng qua bạn có bị sút cân không rõ nguyên nhân không? Có Không
16. Trong 6 tháng qua bạn có hay bị đổ mồ hôi đêm không rõ nguyên nhân không? Có Không
17. Trong 6 tháng qua bạn có bị sưng hạch không rõ nguyên nhân không? Có Không
18. Trong 6 tháng qua bạn có bị tiêu chảy kéo dài không rõ nguyên nhân không? Có Không
19. Trong 6 tháng qua bạn có bị sốt kéo dài không rõ nguyên nhân không? Có Không

DÀNH RIÊNG CHO NỮ GIỚI

1. Bạn đang có kinh nguyệt không? Có Không
2. Bạn đang có thai hoặc cho con bú không? Có Không
3. Trong 6 tháng qua bạn có sinh con hay bị sẩy thai không? Có Không

Tôi xin cam đoan những câu trả lời trên đây hoàn toàn đúng sự thật.

Tình nguyện hiến : 250ml 350ml 450ml Tiểu cầu Huyết tương

Bác sỹ
(Ký & ghi rõ họ tên)

.....ngày.....tháng.....năm 201..
Người hiến máu
(Ký & ghi rõ họ tên)

HÃY TẶNG MỘT ÍT MÁU VÀ DÀNH MỘT CHÚT THỜI ĐỂ CỨU SỐNG NGƯỜI BỆNH