

吴忠市中心血站献血登记表

献血者登记表

姓 名		性别		年龄		民族		国籍	
证件类型	☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 军人证 ☐ 驾照								
职 业	☐ 工人 ☐ 农民 ☐ 军人 ☐ 公务员 ☐ 医务人员 ☐ 教师 ☐ 学生 ☐ 公司职员 ☐ 自由职业 ☐ 其他专业技术人员 ☐ 其他								
文化程度	☐ 大学以上 ☐ 大学 ☐ 大专 ☐ 高中 ☐ 中专 ☐ 初中及以下								
居住状况	☐ 本地户籍 ☐ 非本地户籍居住 6 个月以上 ☐ 非本地户籍居住 6 个月以内								
通讯地址					工作单位				
移动电话					固定电话				
					电子邮箱				
献血史	☐ 首次 ☐ 再次				上次献血类型： ☐ 全血 ☐ 成分血				
个人意愿	是否需要献血提醒： ☐ 是 ☐ 否				是否愿意参加应急献血： ☐ 是 ☐ 否				

献血前检查记录（以下由工作人员填写）

核查	献血次数第____次	最近献血时间	年	月	日	检测结论	☐ 合格 ☐ 不合格	体检者签名					
一般 体格 检查	一般检查（以√表示正常×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												
	身高	cm	体重	Kg	血压	mmHg	脉搏		次/分	体温	☐ 正常 ☐ 不正常	体检结论	
											☐ 合格 ☐ 不合格		
献血 前检 测	选择 项目	1. Hb: _____ g/L ☐ 符合 ☐ 不符合 2. ALT: _____ U/L ☐ 符合 ☐ 不符合 3. 乙肝表面抗原： ☐ 阴性 ☐ 阳性 4. 其他：									血 型	检测者签名	
总评估意见	☐ 可以献血，本次献血 ☐ 400ml ☐ 300ml ☐ 暂缓献血 ☐ 不宜献血												
献血者签名				医务人员签名						日期：	年	月	日

全血采集记录

采血袋用前检查： ☐ 已检查完好		证件核对：正确 ☐ 不正确 ☐		“可以献血及献血量”： ☐ 确认可以献血		
标识 一致性 核对	☐ 采血袋 ☐ 检验试管 ☐ 征询表 ☐ 配血导管	献血序列码粘贴处			采血量	采血时间
	☐ 400ml ☐ 300ml ☐ 200ml ☐ 不足量 _____ml				____时____分 至____时____分	
全血 采集记录	顺利（ ☐ 左臂 ☐ 右臂） 二次穿刺（ ☐ 左臂 ☐ 右臂 ☐ 双臂） 其他，请说明：_____					
	血袋厂家： ☐ 山东威高集团有限公司		采集者签名			
	血袋批号：		采 血 日 期		年 月 日	
献血 不良反应	☐ 无 ☐ 有（ ☐ 轻度 ☐ 中度 ☐ 重度）处置记录： ☐ 填写《献血不良反应登记表》并回访。					
录入信息 核查	☐ 400ml ☐ 300ml ☐ 200ml 有无采血异常： ☐ 有 ☐ 无 异常是否录入： ☐ 是 ☐ 否				信息录入者签名：	

献血前告知

为了您本人的健康和受血者的安全，请认真阅读。如有疑问，请向医务人员咨询。感谢您的理解和支持。

1. 安全的血液可挽救生命，不安全的血液却能危害生命。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，可被依法追究本民事事责任。请不要为了化验而献血，国家提供艾滋病免费咨询和检测服务。如有需要请与疾控中心联系(宁夏卫生计生热线：12320)。

2. 《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进行核对并登记，请给予支持。

3. 如果您认为已捐献的血液可能存在安全隐患，请在第一时间内联系我们，联系电话:0953-2012669。

4. 献血过程是安全的。血液采集使用一次性耗材以保证献血者安全。有些人偶尔会出现轻微或短暂的不适，恳请每位献血者遵照献血前、后应注意的事项，以降低献血不适发生的可能。

5. 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，并以短信的形式告知您；不合格血液将按照国家标准处理。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要求，不作为感染或疾病的诊断依据。

6. 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个人资料向当地疾病预防控制中心报告。我们承诺对您的相关信息严格保密。

献血前健康征询

一、您是否有下列免疫接种的情况(有其中一项请在方框中打“√”，全部没有打“×”) ☐

1. 24 小时内接受过霍乱、白喉、破伤风、甲肝、乙肝、流感等灭活疫苗或重组 DNA 疫苗，以及类毒素注射；

2. 二周内接受过麻疹、腮腺炎、脊髓灰质炎等注射治疗；

3. 四周内接受过风疹、水痘、乙脑、伤寒、狂犬病等疫苗注射；

5. 一年内接受过乙型肝炎免疫球蛋白注射；

4. 四周内接受过抗毒素、免疫血清等注射(如破伤风抗毒素、抗狂犬病血清等)；6. 一年内被动物咬伤并经狂犬病疫苗注射；

二、您是否有以下暂时不能献血的情况：(有其中一项请在方框中打“√”，全部没有打“×”) ☐

1. 今天您感觉身体不适，您在等待医院的检验报告或正接受某种治疗；

7. 半个月内存牙、做过其他小手术,或皮肤广泛性炎症等；

2.(女性)月经期及月经期前后三天内或妊娠期,流产后未满六个月；9. 三个月内存患过肺炎、急性肾盂肾炎，或做过阑尾切除手术、疝修补术、扁桃体手术、眼科手术等；

3. 三天内存接受过任何口腔护理(包括洗牙等)；

10. 半年内存患痢疾、弓形虫病，或做过较大手术；

4. 五天内服用过阿司匹林或阿司匹林类药物；

11. 一年内内存患伤寒、甲肝，妇科或体表良性肿瘤手术治疗；

5. 一周内存患感冒或发热、急性胃肠炎或腹泻等；

12. 一年内内存输注过血液，或身体被血液污染的器具损伤，

6. 一周内存患眼科疾病、皮肤局限性炎症或有未愈合的伤口等；或曾经纹身、穿耳洞，或前往疟疾流行区。

三、您是否有下列不能献血的情况？(有其中一项请在方框中打“√”，全部没有打“×”) ☐

1. 循环系统疾病(例如：冠心病、高血压病、心脏瓣膜病等)

7. 神经系统疾病(例如：癫痫、脑出血等)

2. 呼吸系统疾病(例如：支气管哮喘、支气管扩张、慢性支气管炎等)

8. 精神系统疾病(例如：抑郁症、狂躁症等)

3. 消化系统疾病(例如：胃溃疡、十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎等)

9. 泌尿及生殖系统疾病(例如：肾、膀胱疾病等)

4. 血液系统疾病(例如：溶血性贫血、再生障碍性贫血等)

10. 内分泌及代谢性疾病(例如：糖尿病、甲亢等)

5. 慢性皮肤病患者(例如：黄癣、湿疹、牛皮癣等)

11. 恶性肿瘤(例如：胃癌、肺癌、白血病等)

6. 免疫系统疾病(例如：红斑狼疮、风湿性关节炎等)

12. 严重寄生虫病(例如：血吸虫病、丝虫病等)

四、是否曾患有传染病或性病？(有其中一项请在方框中打“√”，全部没有打“×”) ☐

1. 在过去 4 周内曾接触传染病患者，如：水痘、麻疹、结核等？3 年内患有疟疾？其他您认为不适宜献血的情况？

2. 是否是病毒性肝炎患者或感染者？病毒性肝炎血液检测阳性等？如乙型肝炎、丙型肝炎等。

3. 是否是梅毒感染者或梅毒螺旋体检测阳性者？是否是 HIV 感染者或 HIV 检测阳性者？是否患有淋病、尖锐湿疣等？

4. 是否曾前往传染病或地方病流行区？6. 您是否曾接受(或给予)金钱而与他人发生性行为？您是否同时期有多个性伙伴？

5. 是否曾滥服药物或注射毒品？

7. 如您是男性，您是否曾与另一男性发生性行为？

五、您是否还有其他需要说明的情况，如有，请直接告诉工作人员，没有请在方框中打“×”) ☐

本人已知情同意并完全理解以上内容，无上述情况和疾病。所提供资料客观真实，同意无偿献血，同意所捐献样本及相关信息可用于所有医学研究，本人理解献血的血液检测结果只是安全输血的需，不能用于疾病诊断或其他目的。本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。

献血者签名：_____征询人签名：_____日期：_____年____月____日

本记录保存期限为 10 年

受控文件

实施日期: 20240101