

Додаток 2  
до Порядку медичного  
обстеження донорів крові  
та компонентів крові  
(пункт 8 розділу II)

**АНКЕТА ДОНОРА КРОВІ ТА КОМПОНЕНТІВ КРОВІ**

*(заповнюється донором самостійно та переглядається кваліфікованим медичним працівником під час визначення показань до донорства)*

	ТАК	НІ
<b>ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я</b>		
1. Як себе почуваєте? Добре?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Чи є у Вас зараз температура, біль в горлі, застуда, респіраторні захворювання, ангіна?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Чи вживали Ви протягом останніх 4-х годин їжу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Чи вживали Ви протягом останніх 48-ми годин алкоголь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Чи відвідували Ви стоматолога або зубного гігієніста напередодні?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Чи приймали Ви протягом останнього місяця ліки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Чи перебуваєте Ви зараз під наглядом лікаря?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО РОКУ</b>		
Чи проводилися Вам щеплення?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 6 МІСЯЦІВ</b>		
1. Чи проколювали Вам вуха?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Чи робили Вам акупунктуру (лікування голковколюванням)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Чи робили Вам татуювання, пірсинг?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Чи отримували Ви трансфузії компонентів крові або препаратів крові?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Чи були у Вас хірургічні втручання?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Чи були Ви у контакті з хворим на ВІЛ-інфекції/СНІД, гепатитити В і С, інші венеричні хвороби?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 2-Х ТИЖНІВ</b>		
Чи робили Вам ін'єкції ліків?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ЧИ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ У ВАС</b>		
1. Нез'ясована втрата маси тіла?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Нез'ясована нічна пітливість?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Запаморочення, випадки непритомності?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Чи були у Вас поїздки за кордон протягом останніх 3-х років?

--	--

Назвіть  
країну

\_\_\_\_\_

5. Чи здавали Ви кров або її компоненти?

--	--

Вкажіть дату останнього здавання крові або її компонентів

\_\_\_\_\_

6. Чи були відсторонення від донорства?

--	--

Вкажіть дату та причину відсторонення

\_\_\_\_\_

7. Чи перебували Ви на диспансерному обліку?

--	--

Якщо так, то в якому диспансері,  
поліклініці?

\_\_\_\_\_

### ДОДАТКОВО ДЛЯ ЖІНОК

1. Чи вагітні Ви зараз та чи була вагітність протягом останніх 6 тижнів?

--	--

2. Термін останньої менструації?

--	--