Анкета донора крови и (или) ее компонентов

Фамилия, имя, отчество (при наличии) донора крови и (или) ее компонентов _____

_____

Дата рождения (день, месяц, год) донора крови и (или) ее компонентов _____

№ п/п	Содержание вопроса	Ответ	
1	Хорошее ли у Вас сейчас самочувствие?	да	нет
2	Были ли у Вас когда-либо инфекционные заболевания (в том числе болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), вирусные гепатиты В и С, сифилис, туберкулез, малярия)?	да	нет
3	Были ли у Вас когда-либо болезни сердца, высокое или низкое артериальное давление?	да	нет
4	Были ли у Вас когда-либо тяжелые аллергические реакции, бронхиальная астма?	да	нет
5	Были ли у Вас когда-либо судороги и заболевания нервной системы?	да	нет
6	Были ли у Вас когда-либо сахарный диабет, онкологические заболевания?	да	нет
7	Находились ли Вы в контакте с больными инфекционными заболеваниями?	да	нет
8	Были ли у Вас сексуальные связи с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), больными вирусными гепатитами В и С, сифилисом?	да	нет
9	Пребывали ли Вы на территориях, на которых существует угроза возникновения и (или) распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий? Если ДА, укажите, на каких? _____	да	нет
10	Употребляли ли Вы когда-либо наркотические средства, психотропные вещества?	да	нет
11	Проводилась ли Вам за последний год вакцинация (прививки) и хирургические вмешательства?	да	нет
12	Принимаете ли Вы в настоящее время или принимали в течение последних 30 календарных дней какие-либо лекарства, включая жаропонижающие? Если ДА, укажите какие? _____	да	нет
13	Принимали ли Вы за последние 48 часов алкоголь?	да	нет
14	Состоите ли Вы на диспансерном учете или наблюдаетесь сейчас у врача? Если ДА, укажите по какому поводу и в какой медицинской организации? _____	да	нет
15	Для женщин: беременны ли Вы в настоящее время, была ли у Вас беременность за последний год, кормите ли Вы в настоящее время ребенка грудью?	да	нет
16	Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 календарных дней?	да	нет

_____ / _____ / _____

подпись донора *подпись медицинского работника* *дата*

Информированное добровольное согласие донора на медицинское обследование и донацию крови и (или) ее компонентов

Я,_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____
даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и донацию крови и (или) ее компонентов в *Федеральном государственном бюджетном учреждении Центр крови ФМБА России.*

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского обследования, порядок осуществления донации крови и (или) ее компонентов, связанный с ней риск, в том числе вероятность развития осложнений.

Я получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов и препаратов, полученных из моей крови и (или) ее компонентов. Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ-инфекции и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь и (или) ее компоненты для других людей. Я понимаю, что моя кровь и (или) ее компоненты будет проверена на наличие маркеров ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, сифилиса.

Я информирован(а), что во время процедуры донации крови и (или) ее компонентов возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки медицинского персонала.

Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со ст. 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации.

_____ / _____
подпись *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)*

_____ / _____
подпись *(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)*

Согласие донора на обработку персональных данных, включая специальные категории персональных данных и биометрические персональные данные

Я,_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт серии _____ , номер _____, выдан _____,
проживающий (ая) по адресу: _____
в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю *Федеральному государственному бюджетному учреждению Центр крови ФМБА России* (далее - Оператор) расположенному по адресу: *г.Москва, ул. Щукинская, 6к2*, свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой деятельности (место работы или учебное заведение, должность).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в единую базу данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов на основании: Федерального закона от 20.07.2012 №125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

Подпись субъекта персональных данных _____
Дата составления согласия _____