

## 献血者知情同意及健康状况征询表

尊敬的朋友：

您好！感谢您参加无偿献血。

为了您本人的健康和受血者的安全，请您认真阅读并如实填写问卷中的各项内容。下列任何问题即使您回答“是”也不一定表示您今天或以后不可以献血。如有任何疑问，请向医护人员咨询。谢谢您的理解与支持。

### 第一部分 献血前应知内容

1. 安全的血液可挽救生命，不安全的血液却能危害生命。安全的血液只能来自于以利他主义为动机和具有健康生活方式的献血者。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，根据《中华人民共和国传染病防治法》第 77 条、《艾滋病防治条例》第 38 条和第 62 条规定，可被追究相应的民事责任。

2. 请不要为了化验获得检测结果而献血。国家提供艾滋病免费咨询和检测服务，如有需要，请与当地疾病预防控制中心联系。

3. 为了对您的健康状况和是否适宜献血进行评价，您需要如实填写健康状况征询表。如果表中提问涉及您的隐私或令您感到不舒服，请您谅解。

4. 《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，血站应进行核对并登记，请给予支持。

5. 如果您认为已捐献的血液可能存在安全隐患，请在第一时间内告诉我们（联系电话：XXXXXXXXXX）。

6. 献血过程是安全的。血液采集使用一次性无菌耗材以保证献

血者安全。有些人偶尔会出现如穿刺部位青紫、出血或疼痛、献血后头晕等不适，这些不适都是轻微或短暂的。恳请每位献血者遵照献血前、后应注意的事项，以减低献血不适发生的可能。

7. 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，不合格血液将按照国家规定处理。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的要求，不能作为感染或疾病的诊断依据。

8. 根据《中华人民共和国传染病防治法》规定，血站将艾滋病病毒等检测阳性的结果及其个人资料向当地疾病控制中心报告。我们承诺对您的相关信息严格保密。

## 第二部分 献血前健康征询（请以“√”表示）

| 今日/现时                                                                                 | 是                        | 否                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 您是否觉得今天身体不舒服或存在不适症状？                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 您是否正等待医院的检验报告或正接受某种治疗？                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 今天献血后您是否会参加危险性的运动（如：爬山、潜水或滑翔）？驾驶重型汽车？从事地下或高空作业（如：飞行、消防员、棚架工作）？                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 您献血的目的之一，是不是想了解您身体是否健康？有没有染上艾滋病病毒或梅毒或其他疾病？                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 您是否知道，如果感染了艾滋病病毒或梅毒，即使感觉无恙，检验结果呈阴性，也可能将病毒传播给他人？                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. （女性填写）您现在是否处于月经期及前后三天？是否已怀孕？是否在过去一年内分娩或六个月内流产？                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>在过去 24 小时内</b>                                                                     |                          |                          |
| 7. 是否曾经注射类毒素、灭活或基因工程技术制成的疫苗（包括霍乱、伤寒、白喉、破伤风、甲型肝炎、人乳头瘤病毒、流行性感、脊髓灰质炎或百日咳等），且并无病症或不良反应出现？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>在过去 3 天内</b>                                                                       |                          |                          |
| 8. 是否曾接受任何口腔护理（包括洗牙等）？                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>在过去 5 天内</b>                                                                       |                          |                          |
| 9. 是否服用阿司匹林或含阿司匹林的药物？                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>在过去 1 周内</b>                                                                       |                          |                          |

| 今日/现时                                             | 是                        | 否                        |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. 您是否有发热、头痛或腹泻？是否曾患有感冒、急性胃肠炎？是否有任何未愈合的伤口或皮肤炎症？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 是否曾接受过玻尿酸填充物注射？                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>在过去 2 周内</b>                                   |                          |                          |
| 12. 是否曾拔牙？是否曾患有广泛性炎症？是否有其他小手术？                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 是否曾经注射减毒活疫苗，如麻疹、腮腺炎、黄热病、脊髓灰质炎等？               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 是否曾经注射乙型肝炎疫苗？                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>在过去 4 周内</b>                                   |                          |                          |
| 15. 是否曾接触传染病患者，如：水痘、麻疹、肺结核等？                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 是否曾接受减毒活疫苗注射，如：伤寒疫苗、风疹活疫苗、狂犬病疫苗、水痘疫苗？         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 是否曾有不明原因的腹泻？                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 是否曾接受过用于皮肤美容的微针治疗？（仅限于正规医疗机构）                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>在过去 3 个月内</b>                                  |                          |                          |
| 19. 是否曾进行纹眉、纹身、穿耳、身体穿孔？                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>在过去 6 个月内</b>                                  |                          |                          |
| 20. 是否曾进行过内窥镜侵袭性诊断或内窥镜手术？（不包括仅使用内窥镜进行单纯观察的非侵袭性检查） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>在过去一年内</b>                                     |                          |                          |
| 21. 是否曾被使用过的针刺伤等？是否曾意外接触血液或血液污染的仪器？               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. 是否曾注射乙型肝炎免疫球蛋白？                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 曾被动物咬伤并因此注射狂犬疫苗？                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. 是否曾接受外科手术（包括使用导管作治疗等）？或接受输血治疗？                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. 是否曾接受穴位埋线疗法？（仅限于正规医疗机构）                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>健康史情况</b>                                      |                          |                          |
| 26. 您是否曾有下列情况：                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1) 接受凝血因子治疗？接受脑垂体激素药物如生长激素治疗？                     |                          |                          |
| 2) 您本人或直系亲属是否患克雅氏病（疯牛病）？                          |                          |                          |
| 3) 是否曾有晕厥、痉挛、抽搐或意识丧失？                             |                          |                          |
| 4) 是否对某些药物产生过敏反应？                                 |                          |                          |

| 今日/现时                                         | 是                        | 否                        |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5) 如曾感染过猪带绦虫、蛔虫、蛲虫等, 是否已治愈?                   |                          |                          |
| 6) 是否曾患有肺结核或肺外结核?                             |                          |                          |
| 7) 是否被告知永久不能献血?                               |                          |                          |
| 27. 是否曾患有任何严重疾病?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1) 循环系统疾病 (例如: 冠心病、高血压病、心脏瓣膜病等)               |                          |                          |
| 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、肺气肿等)       |                          |                          |
| 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)            |                          |                          |
| 4) 血液系统疾病 (例如: 溶血性贫血、再生障碍性贫血、凝血性疾病等)          |                          |                          |
| 5) 恶性肿瘤 (例如: 胃癌、食管癌、肺癌、白血病等)                  |                          |                          |
| 6) 内分泌及代谢性疾病 (例如: 糖尿病、甲状腺功能亢进等)               |                          |                          |
| 7) 神经系统疾病 (例如: 癫痫、脑出血等)                       |                          |                          |
| 8) 精神系统疾病 (例如: 抑郁症、躁狂症等)                      |                          |                          |
| 9) 泌尿及生殖系统疾病 (例如: 肾、膀胱、尿道疾病等)                 |                          |                          |
| 10) 免疫系统疾病 (例如: 红斑狼疮、风湿性关节炎等)                 |                          |                          |
| 11) 慢性皮肤病患者 (例如: 黄癣、广泛性湿疹、全身性牛皮癣等)            |                          |                          |
| 12) 严重寄生虫病 (例如: 血吸虫病、丝虫病、吸虫病等)                |                          |                          |
| 13) 其他严重疾病                                    |                          |                          |
| 28. 是否曾患有传染病或性病?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1) 12 个月内是否曾患有甲型肝炎?                           |                          |                          |
| 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? 如: 乙型肝炎、丙型肝炎。 |                          |                          |
| 3) 是否是梅毒感染者或梅毒螺旋体检测阳性者?                       |                          |                          |
| 4) 是否是 HIV 感染者或 HIV 检测阳性者?                    |                          |                          |
| 5) 是否患有淋病、尖锐湿疣等?                              |                          |                          |
| 6) 是否患有疟疾?                                    |                          |                          |
| 7) 4 周内是否患有登革热、基孔肯雅热?                         |                          |                          |
| 生活习惯                                          |                          |                          |
| 29. 您是否曾有下列情况:                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1) 您是否曾滥服药物或注射毒品?                             |                          |                          |

| 今日/现时                                  | 是                        | 否                        |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2) 您是否曾接受（或给予）金钱而与他人发生性行为？             |                          |                          |
| 3) 如您是男性，您是否曾与另一男性发生性行为？               |                          |                          |
| 4) 您是否同时期有多个性伙伴？                       |                          |                          |
| 5) 其他您认为不适宜献血的情况                       |                          |                          |
| 30. 在过去的 12 个月里，您是否曾与下列人士发生过性行为？       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1) 被怀疑感染了 HIV（艾滋病病毒）或 HIV 检测呈阳性的人士？    |                          |                          |
| 2) 滥服药物或注射毒品的人？                        |                          |                          |
| 3) 从事提供性服务的男士或女士？                      |                          |                          |
| 4) 有双性性行为的男士？                          |                          |                          |
| 5) 其他您认为不适宜献血的情况                       |                          |                          |
| <b>旅行情况：</b>                           |                          |                          |
| 31. 在过去 12 个月内，您是否曾在疟疾流行区居住或工作过？       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. 您是否在疟疾流行区连续居住或工作超过 5 年？            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. 在过去 2 周内，您是否曾到访过传染病区（如登革热、基孔肯雅热等）？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 第三部分 献血者知情同意书（示例）

本人已理解以上内容，并已知悉献血的整个过程。本人在健康征询表和献血者登记表中所提供的资料正确无误，并同意按规定对血液进行相关检测及使用。本人理解献血的血液检测结果只是安全输血的需要，不能用于疾病诊断。为提升血液质量和血液安全水平，本人同意在血液或血液标本全程匿名化而不能识别且无法追溯复原到特定自然人的条件下用于非商业性医学研究。本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。

献血者签字：

日期： 年 月 日