

# 澳門特別行政區政府衛生局

## 捐血中心

MDID

Lab Req No

### 參加香港骨髓捐贈者資料庫同意書

我同意參加由香港紅十字會輸血服務中心（「輸血中心」）管理之香港骨髓捐贈者資料庫（「該資料庫」），並已從有關的介紹單張了解這項計劃及已填寫背頁之健康查詢問卷。

我同意接受抽血作白血球組織原檢驗，並同意澳門特別行政區政府衛生局（「澳門衛生局」）澳門捐血中心（「捐血中心」）將我的血液樣本和相關個人資料送往輸血中心進行檢驗和作為參加有關該資料庫的用途。

我亦同意將我的個人及白血球組織原資料以保密方式儲存於該資料庫，而輸血中心亦可向澳門捐血中心轉移我的白血球組織原資料，並由澳門捐血中心按照澳門《個人資料保護法》的規定儲存。

另外，我同意該資料庫僅可提供我在該資料庫內的捐贈編號和白血球組織原資料予香港或其他國家正在為有需要骨髓移植治療病人尋找骨髓捐贈者的醫院。

我明白未來可能會需要作進一步的檢驗，但我知道這只有在我知悉和同意下方可進行。

姓名

中文姓名

Family Name

Given Name

身份證號碼

( )

出生日期

/

/

(日/月/年)

性別

曾在香港捐血

是

否

捐血者編號(如適用)

通訊地址(請提供準確資料)

澳門

氹仔

路環

(街名)(街號)

(大廈名稱)

(座)

(樓)

(室)

住宅電話

手提電話

公司電話

電郵地址

聯絡人一:

聯絡人二:

中文姓名

中文姓名

英文姓名

英文姓名

聯絡電話

聯絡電話

倘若我們未能通過上述方式聯絡到你，我們將透過以上兩位聯絡人與你聯繫。

簽名

日期

## 骨髓捐贈健康查詢問卷

此問卷有助保障骨髓捐贈者和接受骨髓移植病人，所有資料均保密。			
1	體重 _____ 公斤 身高 _____ 厘米 籍貫 _____		
2	血型資料： <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> AB-		
		是	否
3	您是否曾接獲本中心或其他血液中心通知閣下永久不適宜捐血？ 如是，請列明原因：_____		職員專用
<b>健康查詢</b>			
4	您是否曾確診任何嚴重疾病？如心臟病、慢性呼吸道疾病、癌症、糖尿病、甲狀腺疾病、腦癇症、或其他慢性疾病等。		
5	您是否曾患有肝炎(乙型肝炎、丙型肝炎)、黃膽病、肝病或是証實為肝炎帶菌者？		
6	您是否曾確診中風或短暫性腦缺血發作？		
7	您是否曾確診免疫系統疾病？如類風濕性關節炎、強直性脊椎炎、或紅斑狼瘡等。		
8	您是否有嚴重的頸、背、臀部或脊椎疼痛而需要用外科手術或藥物控制？		
9	您是否曾確診有傳染病(例如：瘧疾、性病或肺結核)？		
<b>克雅二氏症及變種克雅二氏症(即瘋牛症)感染風險評估</b>			
10	於 1980 年 1 月 1 日至 1996 年 12 月 31 日期間， 您是否曾於英國居留累積達三個月或以上？		
11	於 1980 年 1 月 1 日至 2001 年 12 月 31 日期間， 您是否曾於法國或愛爾蘭居留累積達五年或以上？		
12	於 1980 年 1 月 1 日起，您是否曾於英國、法國或愛爾蘭接受輸血治療？		
13	您是否曾接受 ① 腦垂體提煉的人體生長激素或人體促性腺激素(其中一種生育激素)？ ② 器官或其他組織移植？		
<b>生活習慣</b>			
14	您是否曾濫服藥物或使用針筒注射非由醫生處方的藥物？		
15	您或您的性伴侶是否有原因相信已感染了 HIV，一種可引發愛滋病的病毒？		
16	在過去十二個月期間，您是否曾與下列人士發生性行為： ① 有雙性性行為的男性（即曾與另一男性進行性交或肛交的男性）？ ② 從事提供性服務的人？ ③ 服用或注射毒品或非處方藥物的人？ ④ 曾接受凝血因子治療的人？		