

Donor Number

以下由捐血者填寫

姓名		
(中文) _____	(英文) _____	
職業		收取捐血報告的方式
<input type="checkbox"/> 公務員	<input type="checkbox"/> 博彩業從業員	<input type="checkbox"/> 網上查閱 (首次捐血者不適用)
<input type="checkbox"/> 專業及技術人員	<input type="checkbox"/> 家庭主婦	<input type="checkbox"/> 自己到捐血中心取報告
<input type="checkbox"/> 商業/服務業/文員	<input type="checkbox"/> 工業/建築業	<input type="checkbox"/> 不收取
<input type="checkbox"/> 自僱	<input type="checkbox"/> 其它 _____	<input type="checkbox"/> 郵寄

性別：	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
出生日期：	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
證件類別		
<input type="checkbox"/> 澳門居民身份證	<input type="checkbox"/> 香港身份證	<input type="checkbox"/> 勞工證
<input type="checkbox"/> 中國居民身份證	<input type="checkbox"/> 其它證件(簽發國家/地區:_____)	
證件號碼：	_____	
衛生局醫療卡號碼：	_____	
種族		
<input type="checkbox"/> 中國人	<input type="checkbox"/> 土生葡人	<input type="checkbox"/> 其他 _____
流動電話：	_____	
公司/家用電話：	_____	
收件地址		
<input type="checkbox"/> 澳門	<input type="checkbox"/> 氹仔	<input type="checkbox"/> 路環
<input type="checkbox"/> 其它	_____	
街名：	_____	
_____	門牌號碼：	_____
大廈名稱：	_____	
第 _____ 座	_____ 樓	_____ 單位
電郵：	_____	

Donation Number

接待員：\_\_\_\_\_

快速錄入員：\_\_\_\_\_

## 捐血者健康問卷

由於在大多數傳染性疾病的初期，人體內病原體數量是不足以使現有的化驗試劑呈可識別的變化。因此，只依靠化驗室的結果來保證血液的安全是不可靠的。我們需要你誠實地回答以下問卷，以協助我們提供最佳的血液給那些不幸的病人。謝謝！

請儘可能使用黑色筆以“✓”回答以下問卷，如有塗改，請在塗改旁簽名。

### 請先閱讀『捐血者須知』小冊子

是 否 職員專用

- |                                  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|
| 1. 你是否已閱讀和明白『捐血者須知』和『捐血必讀』小冊子內容？ |  |  |  |
| 2. 你是否屬於『捐血者須知』中所列被禁止捐血的人士？      |  |  |  |

### 你的健康現況

是 否 職員專用

- |                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| 3. 昨晚，你的睡眠是否充足？                    |  |  |  |
| 4. 你是否正在服食藥物、等待檢驗報告或接受任何醫學治療？      |  |  |  |
| 5. 今天捐血後你是否將參加劇烈活動？或需要從事深入地下或高空工作？ |  |  |  |

### 過去

是 否 職員專用

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 6. 捐血中心曾否告知你不適宜捐血？   |  |  |  |
| 7. 過去一星期，你是否曾接受口腔治療（包括：洗牙、補牙、脫牙等）？   |  |  |  |
| 8. 過去十日，你是否有發熱、咳嗽、頭痛或腹瀉？   |  |  |  |
| 9. 過去四星期，你是否曾接種預防疫苗？   |  |  |  |
| 10. 過去四星期，你是否曾接觸患有傳染病如：水痘、德國麻疹、肺結核(俗稱肺癆)的病人？   |  |  |  |
| 11. 四個月內，你是否曾接受針灸治療、紋身、紋眉或穿耳孔等？  |  |  |  |
| 12. 一年內，你是否曾接受內窺鏡檢查、外科手術或輸血？   |  |  |  |
| 13. 一年內，你是否曾注射瘋狗症疫苗、乙型肝炎丙種球蛋白？   |  |  |  |
| 14. 一年內，你是否曾出國並於返澳後出現發燒、腹瀉、體重減輕等症狀？  |  |  |  |
| 15. 你是否居澳未滿三年？前原居地 _____   |  |  |  |
| 16. 過去三年，你是否曾服用治療暗瘡或牛皮癬的藥物？  |  |  |  |
| 過去，你是否曾患有以下症狀或嚴重疾病，如：  |  |  |  |
| 17. <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺病 <input type="checkbox"/> 癩瘡<br><input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 出血性疾病 <input type="checkbox"/> 其它 _____ |  |  |  |
| 18. 過去，你是否曾被診斷為六磷酸葡萄糖脫氫酶缺乏性疾病—蠶豆病？   |  |  |  |
| 19. 過去，你是否曾接受激素或免疫法治療（如生長激素）？  |  |  |  |

是 否 職員專用

20. 過去，你或你的家人是否被診斷患有克雅爾氏病(俗稱“瘋牛症”)？

其它情況

是 否 職員專用

21. 你是否曾被證實患上登革熱、瘧疾、查加斯氏病；感染西尼羅河病毒或 SARS (俗稱“沙士”)等傳染病？

22. 自 1980 年起，你是否曾居於歐洲國家 5 年或以上，或於英國和法國接受過輸血？

23. 1980 年至 1996 年間，你是否曾居住於英國、愛爾蘭、法國 3 個月或以上？

24. 最近一次捐血後，捐血穿刺部位有否出現瘀腫或手臂有異常感覺？(適用於曾捐血人士)

女性捐血者，請回答以下問題

是 否 職員專用

25. 你是否正在懷孕？

26. 你是否曾在過去 6 個月之內分娩或流產？

以下問題是由醫生諮詢後填寫

是 否 職員專用

27. 你是否曾服用精神藥物或注射毒品？

28. 一年內，你是否同時有多個性伴侶或曾患性病？

29. 你是否懷疑自己已感染了愛滋病 / 性病？

30. 男捐血者：你是否曾與另一男性發生過性行為(包括口交和肛交等)？

### 聲明

1. 本人已閱讀、明白及同意『捐血者須知』和『捐血必讀』小冊子的內容；
2. 本人謹此聲明，已如實回答上述問卷內容，也明白如果沒有如實回答，可能會嚴重傷害他人；
3. 本人同意捐血中心對本人所捐出的血液進行相關的檢驗；
4. 本人明白並同意所捐出的血液將用於臨床病人輸用，也可能用於血液的質量控制、疾病診斷和研究等用途。

簽署：\_\_\_\_\_

日期：20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

收集個人資料聲明：

- 捐血中心向捐血者收集個人資料的目的，一是保障捐血者在捐血過程中和捐血後的安全，二是保障受血病人的安全。
- 捐血者的個人資料根據第8/2005號法律之《個人資料保護法》規定受到保障。捐血者有權按有關規定申請查閱、更正或更新存於本中心的個人資料。
- 捐血者應該清楚及明白：如閣下明知自己患有可經輸血傳播的傳染性疾病，又沒有據實回答本問卷而作出捐血行為。基於屬閣下的過錯而導致他人感染相關疾病，將會按照法律負上相關民事和刑事責任。
- 除非法律另有規定或法官的決定，捐血者的個人資料將受到絕對的保密。

類型: 表格  
標題: 捐血登記

以下由捐血中心員工填寫

<b>RECEPTION</b>		Time: ____ : ____
Donation type : <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Directed <input type="checkbox"/> Autologous <input type="checkbox"/> Apheresis: <input type="radio"/> Platelet <input type="radio"/> Plasma		
Souvenir: 1. _____ 2. _____ <input type="checkbox"/> No souvenir <input type="checkbox"/> Souvenir not wanted		
<b>PRE-DONATION ASSESSMENT</b>		Time: ____ : ____
Weight: ____ Kg    ① Bp ____ / ____ mmHg , P ____ bpm ① Hb: ____ g/dl    ② Bp ____ / ____ mmHg , P ____ bpm ② Hb: ____ g/dl    ③ Bp ____ / ____ mmHg , P ____ bpm ① Temp: ____ °C    ② Temp: ____ °C Performed by: _____ Time: ____ : ____	<b>Cardiac Auscultation:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal: _____  <input type="checkbox"/> Accepted <input type="radio"/> 350ml <input type="radio"/> 450ml <input type="radio"/> Apheresis <input type="checkbox"/> Suspended <input type="checkbox"/> Eliminated Reason: _____ Rx: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____ Memo: _____ Physician: _____	
<input type="checkbox"/> CBC Hb: _____ g/dL  Sample taken by: _____ Time: ____ : ____	<input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Other: _____  Sample taken by: _____ Time: ____ : ____	
<b>COLLECTION</b>		Time: ____ : ____
Type : <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Other _____		
<input type="checkbox"/> Apheresis: <input type="radio"/> Platelet    Lot no.: _____		
<input type="radio"/> Plasma    Lot no.: _____		
Access for venepuncture : <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> <input type="radio"/> R <input type="radio"/> L <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> <input type="radio"/> R <input type="radio"/> L		
<b>Balance by manual:</b>		
Start time ____ : ____    End time ____ : ____    Total collection Time: _____ minutes		
Total collection volume : _____ ml    Lot no.: _____		
<b>Abnormal Blood Collection</b>		
<b>(1) Type</b> <input type="checkbox"/> Abnormal collection <input type="radio"/> Inadequate <input type="radio"/> Overweight _____ ml <input type="checkbox"/> Prolonged collection _____ minutes <input type="checkbox"/> No venepuncture <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Venepuncture Blood bag (Lot no.): _____	<b>(2) Reasons</b> <input type="checkbox"/> Alteration Veins: <input type="radio"/> Deep vein <input type="radio"/> Small vein <input type="radio"/> Hard vein <input type="radio"/> Mobile vein <input type="checkbox"/> Painful arm <input type="checkbox"/> Bruised <input type="radio"/> Left <input type="radio"/> Right    Size: _____ cm <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Anxious <input type="checkbox"/> Arterial puncture <input type="checkbox"/> Change of mind <input type="checkbox"/> Adverse reaction <input type="checkbox"/> Other _____	<b>(3) Sample</b> <input type="checkbox"/> With sample <input type="checkbox"/> No sample
<b>Adverse reaction and treatment:</b> <input type="checkbox"/> Yes (Please fill up the adverse reaction statistics form: CTS-F3DS)		
Date: _____		Nurse: _____
Edit data by: RC _____	Review data by: RC _____	DS _____ CA _____