

แบบสอบถามสำหรับผู้บริจาคโลหิต

เพื่อความปลอดภัยของท่านผู้บริจาคโลหิต และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะรับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง **หากไม่มั่นใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัย เชื้อ กรุณางดบริจาคโลหิต**

สุขภาพทั่วไป ท่าน	ใช่	ไม่ใช่
1. รู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะบริจาคโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (ไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภายใน 6 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. มีโรคประจำตัว หรือเคยเป็นโรค (โปรดระบุ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. รับประทานยาปฏิชีวนะ (ยาฆ่าเชื้อ) ภายใน 7 วันที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. รับประทานยาแอสไพริน ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวดข้อ หรือยาอื่นๆ ในกลุ่มเดียวกัน ภายใน 2 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ใช้ ยา หรือ สมุนไพร หรือ อาหารเสริม ได้แก่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. เคยบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โปรดระบุ <input type="checkbox"/> กระแสโลหิต <input type="checkbox"/> ไชกระตุก		
การตั้งครรภ์ / คลอดบุตร ท่าน		
10. เคยตั้งครรภ์ หรือแท้งบุตร มาก่อน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. อยู่ในช่วงตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. คลอดบุตร หรือแท้งบุตร ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประวัติด้านเพศสัมพันธ์ ท่าน		
13. เพศวิถี (พฤติกรรมทางเพศ) ... ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ <input type="radio"/> มีเพศสัมพันธ์กับเพศกำเนิดตรงข้าม <input type="radio"/> มีเพศสัมพันธ์กับเพศกำเนิดเดียวกัน <input type="radio"/> ไม่มีเพศสัมพันธ์ <input type="radio"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ท่านหรือคู่ของท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับ: ผู้ที่ไม่ใช่คู่ของตน / ผู้ที่ทำงานบริการทางเพศ/ ผู้เสพยาเสพติด / ผู้ที่อาจติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. เคยใช้ยารักษาหรือป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อต่างๆ ท่าน		
16. อดฟัน ขูดหินปูน ภายใน 3 วันที่ผ่านมา/ อดฟัน รักษาฟัน ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ท้องเสีย ท้องร่วง ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ทำหัตถการเสริมความงามผ่านผิวหนังทุกชนิด ได้แก่ เจาะหู สัก ลบสัก ฝังเข็ม ฉีดสารต่างๆ และอื่นๆ ภายใน 4 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ได้รับการผ่าตัดเล็ก ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. เจ็บป่วยและได้รับโลหิต หรือ ส่วนประกอบโลหิต ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ถูกเข็มที่เบื้อนเลือดตำ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับผู้สัมภาษณ์ การพิจารณาต้องใช้ร่วมกับ

คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคโลหิต ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

	ใช่	ไม่ใช่
24. เคยป่วยเป็นโรคตับอักเสบ หลังอายุ 11 ปี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. คู่ของท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่าน เป็นโรคตับอักเสบ ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. เคยตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคตับอักเสบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. เคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. เคยเข้าไปในพื้นที่ที่มีเชื้อมาลาเรียชุกชุม ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. เคยป่วยเป็นโรคไข้วัดใหญ่ / โรคไข้วัดดอก / โรคซิคุนคุนยา / โรคไข้วัด / โรคโควิด-19 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ระบุวัคซีน.....		
31. ได้รับเชรุ่ม ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. เคยมีประวัติเสพยาเสพติด.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. เคยถูกควบคุมตัวหรือจองจำในเรือนจำติดต่อกันเกิน 72 ชั่วโมง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. เคยมีน้ำหนักรวม มีไข้ มีต่อมน้ำเหลืองโตโดยไม่ทราบสาเหตุ ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยตรวจพบติดเชื้อเอชไอวี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2539 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศเหล่านี้ เป็นเวลาสะสมมากกว่า 3 เดือน: อังกฤษ ไอร์แลนด์เหนือ สก๊อตแลนด์ เวลส์.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2544 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศส และไอร์แลนด์ เป็นระยะเวลา สะสมมากกว่า 5 ปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ท่านมีแผลหรือมีบนร่างกายหรือไม่ (โปรดระบุ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ท่านมั่นใจว่าโลหิตของท่านมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้ารับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและตอบคำถามตามความเป็นจริง และมั่นใจว่าโลหิตของข้าพเจ้าปลอดภัยต่อผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้สภากาชาดไทย นำไปใช้ประโยชน์ในงานบริการโลหิตหรืองานวิจัยทางการแพทย์* ด้วยความสมัครใจ และรับทราบว่าโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี ซี และเอชไอวี รวมทั้งรับทราบว่า สามารถนำไปผลิตเป็นยาใช้รักษาผู้ป่วย และน้ำสำหรับห้องปฏิบัติการ เพื่อแจกจ่ายและจำหน่ายให้แก่โรงพยาบาล

ข้าพเจ้ารับทราบถึงวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวม ประมวลผล ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการวิจัยทางการแพทย์และงานบริการโลหิต ครบถ้วนแล้ว และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับหน่วยงานอื่น ๆ สังกัดสภากาชาดไทย

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและโอกาสเกิดผลข้างเคียงของการบริจาคโลหิตแล้ว และยินดีที่จะบริจาคโลหิตในครั้งนี

ลงชื่อผู้สมัคร..... วันที่

* การวิจัยทางการแพทย์เพื่อประโยชน์สาธารณะที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนที่ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบและผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือขององค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง (ข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. 2525) หรืองานวิจัยที่ประกาศเพิ่มเติมภายหลัง

ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี).....

ลงชื่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์คัดกรอง.....

ท่านสามารถศึกษานโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสภากาชาดไทย

เพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์: <https://redcross.or.th/trcs-pdpa> หรือ QR-Code:

