

บัตรทะเบียนผู้บริจาคโลหิต  
ธนาคารโลหิต โรงพยาบาลราชบุรี

F-MT-038

10/01/02/60

หน้าที่ 1/2

ประเภทของผู้บริจาค

ผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก  ผู้ที่เคยบริจาคโลหิตแล้ว  ผู้บริจาคโลหิตทดแทนให้ผู้ป่วย

ประเภทของการบริจาค  บริจาคทั่วไป.....  บริจาคให้ผู้ป่วย(โปรดระบุชื่อผู้ป่วย).....  
สำหรับผู้ที่เคยบริจาค ครั้งที่แล้วท่านได้บริจาค  โลหิตทั่วไป  แกล็ดโลหิต  อื่นๆระบุ.....  
การบริจาคครั้งที่ผ่านมา  ไม่มีปัญหา  เป็นลม  เจ็บขี้  หายใจโลหิตยาก  ได้รับแจ้งให้งดบริจาคชั่วคราว  อื่นๆ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ---- วันที่บริจาค ...../...../.....

กรณารอกชื่อ ที่อยู่ให้ชัดเจน

ชื่อ-สกุล(นาย, นาง, นางสาว)..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี น้ำหนัก..... กก.

สถานที่ติดต่อได้  ที่อยู่เดิม (เฉพาะผู้ ที่เคยบริจาคกับ โรงพยาบาลราชบุรี และ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่)

ที่อยู่ปัจจุบัน ระบุ.....

..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก (โปรดระบุ)..... E-Mail address .....

ถ้าอายุ  $\geq$  60-70 ปี ต้องมีหนังสือรับรองจากแพทย์  มี  ไม่มี.....

โปรดพลิกเพื่อตอบคำถามหน้า 2

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล

เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต .....

กรณีผู้บริจาคโลหิต ไม่มีข้อมูลการบริจาคที่โรงพยาบาลราชบุรี

บริจาคครั้งที่ ..... บริจาคครั้งแรก วันที่/เดือน/ปี ..... สถานที่บริจาค.....

ประวัติ

บริจาคโลหิตครั้งสุดท้ายวันที่/เดือน/ปี ..... สถานที่บริจาค .....

หมู่โลหิต

สาเหตุของการงดบริจาค.....

ผู้ตรวจสอบประวัติ.....

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ผู้ตรวจ.....

ชีพจร..... ครั้ง/นาที ผู้ตรวจ.....

ความเข้มโลหิต  ผ่าน  ไม่ผ่าน ผู้ตรวจ.....

Hb.....g/dl  ผ่าน  ไม่ผ่าน ผู้ตรวจ.....

หมู่โลหิต

ผู้ตรวจ.....

Unit Number

บัตรทะเบียน

Bag

Tube

Donor

Double Bag 350

Double Bag 450

Triple Bag

Quadruple Bag

SDP

การเจาะเก็บ

เจาะเก็บได้ปกติ เวลาที่ใช้เจาะเก็บ ..... นาที

มีปัญหา (ระบุ).....

อาการแทรกซ้อน

ไม่มี  มี (ระบุ).....

ผู้เจาะเก็บ..... ผู้เก็บตัวอย่างโลหิต.....

ผู้เตรียมอุปกรณ์เจาะเก็บ..... ผู้ตรวจสอบ.....

ผู้บริจาคโลหิตกรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ ตามความเป็นจริง

F-MT-038

\* เพื่อความปลอดภัยแก่ตัวท่านเอง และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะรับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และหากไม่มั่นใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัย กรุณาดับริจาคโลหิต

10/01/02/60

หน้าที่ 2/2

**(ตอบเฉพาะสุขภาพสตรี)**

ใช่ ไม่ใช่

ใช่ ไม่ใช่

1. อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์.....   3. คลอดบุตร ในอีกระยะเวลา (ระบุ).....เดือน
2. คลอดบุตรหรือแท้งบุตร ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (ระบุจำนวนเดือน).....   4. อยู่ในระยะให้นมบุตร.....

**(คำถามสำหรับสุขภาพบุรุษและสุขภาพสตรี)**

ใช่ ไม่ใช่

ใช่ ไม่ใช่

5. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่ของท่าน.....   7. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (เฉพาะชาย).....
6. คู่ของท่านมีเพศสัมพันธ์กับ.....   8. คู่ของท่านมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (เฉพาะหญิง).....

**หมวดที่ 2**

ใช่ ไม่ใช่

ใช่ ไม่ใช่

9. ท้องเสีย ท้องร่วง ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....   16. มีประวัติติดยาเสพติด หรือเพิ่งฟื้นโทษ ในระยะ 3 ปี
10. น้ำหนักลดเร็วในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ทราบสาเหตุ.....   17. ไปในพื้นที่ที่มีเชื้อมาลาเรียชุกชุมในระยะ 1 ปี.....
11. ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และรักษารากฟันภายใน 3 วันที่ผ่านมา.....   18. ป่วยเป็น มาลาเรียในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา.....
12. ได้รับการผ่าตัดเล็กภายใน 7 วัน ที่ผ่านมา .....   19. เคยเจ็บป่วยต้องรับโลหิตของผู้อื่นที่ประเทศอังกฤษ.....
13. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ภายใน 6 เดือน.....   ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2523-2539.....
14. มีอาการมีเนมาจากการคิมแอลกอฮอล์ หรืออื่นๆ.....   20. เคยพำนักอยู่ที่ประเทศอังกฤษ ในระหว่างปี.พ.ศ.....
15. เคยเจ็บป่วยต้องรับโลหิตของผู้อื่นในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา.....   2523-2539 เป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

**หมวดที่ 3**

ใช่ ไม่ใช่

ใช่ ไม่ใช่

21. สุขภาพสมบูรณ์และพักผ่อนเพียงพอ พร้อมทั้งจะบริจาคโลหิต.....   27. รับประทุษร้ายแก่อกเสบ หรือยาอื่นๆ .....
22. เพิ่งรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภายใน 6 ชม. ....   28. เคยเป็น โรคตับอักเสบ.....
23. เจาะหูหรืออวัยวะอื่น สัก ลบรอยสัก ฟังเข็ม.....   29. เคยเป็น โรคตับอักเสบก่อนอายุ 11 ปี.....
- 23.1 เจาะ สัก ลบรอยสัก ฟังเข็ม โดยวิธีปราศจากเชื้อ.....   30. คนในครอบครัวเป็น โรคตับอักเสบ 6 เดือนที่ผ่านมา.....
- 23.2 เจาะ สัก ลบรอยสัก ฟังเข็ม มานาน มากกว่า 1 ปี.....   31. เป็นโรคหอบหืด ลมชัก โรคผิวหนังเรื้อรัง ไอเรื้อรัง.....
24. เคยรับวัคซีน เพื่อป้องกันโรค ภายใน 2 เดือน.....   วัคซีน ภูมิแพ้โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ
25. เคยรับเซรุ่ม ภายใน 1 ปี .....   ไทรอยด์ มะเร็ง โรคโลหิตออกง่าย หูดยาก หรือโรคอื่นๆ
26. รับประทานยาแอสไพริน ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวดหรือยา.....   32. อื่นๆระบุ.....
- ในกลุ่มเดียวกัน .....

**คำรับรองผู้บริจาค**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ามั่นใจว่าโลหิตของข้าพเจ้าปลอดภัยต่อผู้ป่วย และรับทราบว่ามีโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อ ซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบบี, ซีและเอชดี ก่อนจะนำไปใช้ในทางการแพทย์ ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับธนาคารโลหิตโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี นำไปใช้ตามแต่เห็นสมควรด้วยความสมัครใจและไม่เรียกร้องหากเกิดกรณีใดๆทั้งสิ้นข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและผลข้างเคียงของการบริจาคโลหิตแล้วและยินดีที่จะบริจาคโลหิตในครั้งนี้ **กรณีผลเลือดผิดปกติสามารถแจ้งให้มาตรวจซ้ำโดยวิธี**  ส่งจดหมายตามที่อยู่ที่แจ้ง  โทรศัพท์  E-mail  อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อผู้สมัครบริจาคโลหิต.....

**คำยินยอมผู้ปกครองกรณีผู้บริจาคอายุต่ำกว่า 18 ปี**

ข้าพเจ้านุญาตให้ .....บริจาคโลหิตให้กับธนาคารโลหิตโรงพยาบาลราชบุรี  
ลงชื่อ.....

(.....)

บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้คัดกรอง.....