



แบบบันทึกการรับบริจาคเลือด

หมายเลขผู้บริจาค	หมู่เลือด	หมายเลขบัตรประชาชน -----	วันเดือนปีที่บริจาค	ครั้งที่	หมายเลขถุงเลือด
---------------------------	--------------------	-----------------------------	------------------------------	-------------------	-----------------

นาย / นาง / น.ส. / ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด อายุ ปี
 ผู้บริจาคเก่าที่มีการเปลี่ยนแปลง ชื่อเดิม นามสกุลเดิม น้ำหนัก กก.

ที่อยู่ (ติดต่อดี) เลขที่ หมู่ หมู่บ้าน ซอย ถนน
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 มือถือ..... บ้าน..... ที่ทำงาน..... อาชีพ..... Email

ปัจจุบันท่านรับทราบข่าวสารหรือข้อมูลการบริจาคเลือดจากช่องทางใด TV วิทยุ Facebook SMS อื่น ๆ

ประเภทผู้บริจาค บริจาคทั่วไป (Voluntary) ทดแทน (Replacement) ให้ตัวเอง (Autologous) Hemapheresis อื่น ๆ

บริจาคให้ผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล..... HN ตึก ผู้รับลงทะเบียน เวลา น.

แบบสอบถามสำหรับผู้บริจาคเลือด (กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและตัวท่านเอง) โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

สุขภาพทั่วไป	ใช่	ไม่ใช่	ประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อต่าง ๆ	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะบริจาคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ถอนฟัน รักษารากฟัน ภายใน 7 วัน หรือ อุดฟัน ขูดหินปูน ภายใน 3 วันที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านนอนหลับพักผ่อนเพียงพอไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ท้องเสีย ท้องร่วง ภายใน 7 วันที่ผ่านมา / หลังจากวันที่หยุดถ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. รับประทานอาหารภายใน 4 ชั่วโมง (ครบมื้อ เช้า, กลางวัน) อาหารที่ไม่มีไขมันสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. เคยเจาะหู เจาะผิวหนัง สัก ลบรอยสัก ฟังเข็มในระยะ 4 เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านมีโรคประจำตัวหรือเคยเป็นโรค ได้แก่ โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต ไทรอยด์เป็นพิษ อัมพาต อัมพฤกษ์ โรคตับ ลมชัก โรคเลือด เส้นเลือดสมองแตก/ตีบ/ตัน หรือโรคมะเร็ง หรือโรคอื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. เคยได้รับเลือด พลาสมา หรือ ถูกเข็มเป็อนเลือดดำในระยะ 1 ปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. กินยาปฏิชีวนะ(ยาฆ่าเชื้อ)ในระยะ 7 วัน หรือยาฉีดฆ่าเชื้อในระยะเวลา 10 วันที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ภายใน 6 เดือน หรือผ่าตัดเล็กในระยะ 7 วัน วันนี้มีแผลสดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. กินยาใดๆ ดังต่อไปนี้ : <input type="checkbox"/> ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด <input type="checkbox"/> ยาต้านเกล็ดเลือด, <input type="checkbox"/> ยารักษาต่อมลูกหมาก, <input type="checkbox"/> ยาปลูกผม <input type="checkbox"/> ยารักษาสิว, <input type="checkbox"/> ยารักษาสะเก็ดเงิน (<input type="checkbox"/> Aspirin 2 วัน <input type="checkbox"/> ยาเพิ่มการเจริญเติบโต, <input type="checkbox"/> Clopidogrel, <input type="checkbox"/> Ticlopidine 14 วัน <input type="checkbox"/> Finasteride, Isotretinoin 1 เดือน, <input type="checkbox"/> Dutasteride 6 เดือน <input type="checkbox"/> Acitretin 3 ปี, <input type="checkbox"/> Etretinate), <input type="checkbox"/> ยารักษาหรือป้องกันโรคเอชไอวี <input type="checkbox"/> fish oil, <input type="checkbox"/> ขมิ้นชัน หรือ <input type="checkbox"/> ยาอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือไขกระดูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ท่านอยู่ในระหว่างมีประจำเดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. เคยติดยาเสพติดหรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีดแม้เพียงหนึ่งครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ท่านให้นมบุตรหรือตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. เคยต้องโทษคุมขังนานเกิน 72 ชั่วโมงหรือต้องโทษจำคุกภายใน 1 ปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ท่านคลอดบุตร หรือแท้งบุตร ภายใน 6 เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. เคยเป็นมาลาเรียในระยะ 3 ปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประวัติด้านเพศสัมพันธ์	ใช่	ไม่ใช่	21. เคยตรวจเลือดและพบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือไวรัสโรคเอดส์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ท่าน <input type="checkbox"/> หรือคู่ของท่าน <input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระยะเวลา 1 ปี (มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่ของท่าน. หรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายบริการทางเพศหรือคนที่ติดยาเสพติดหรือมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่อาจเป็นโรคเอดส์ ตับอักเสบบี ชิฟิลิส)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. เคยเป็นหรือมีสามี/ภรรยา/คู่ของท่าน/คนในครอบครัวเป็นโรคตับอักเสบบี?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. เฉพาะสุขภาพบุรุษ เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. มีใช้ไม่ทราบสาเหตุ/ตอมน้ำเหลืองโต/ท้องเสีย/รอยจำแดงคล้ายที่ ไม่หาย ลึนมีฝ้าขาวเป็นเรื้อรัง/น้ำหนักลดมากกว่า 5 กก ภายในเวลา 2 เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			24. บริจาคเลือดเพราะต้องการทราบผลตรวจเอดส์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25. เคยป่วยเป็นไซซิกา ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก โรคชิคุนคุนยาหรือโรคโคโรนา -19 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			26. ได้รับวัคซีนใด ๆ และเซรุ่ม ในระยะเวลา 1 ปี โปรด ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			27. ท่านเคยถูกบอกรั่วข้อมูลบริจาคเลือด เพราะ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			28. ระหว่างปี 2523-39 เคยอยู่ในประเทศอังกฤษเป็นเวลานานเกิน 3 เดือน หรือเคยได้รับเลือดที่ประเทศอังกฤษ หรือฝรั่งเศส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			29. เดินทางไปหรือพักอาศัยอยู่ต่างประเทศในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา โปรดระบุประเทศ.....ระยะเวลา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			30. ท่านคิดว่าเลือดของท่านปลอดภัยที่จะให้แก่ผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้ธนาคารเลือดเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลที่จำเป็นต่อความปลอดภัยของข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้บริจาคเลือด ข้าพเจ้าทราบว่าคำถามทุกข้อมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของข้าพเจ้าและผู้ป่วย และขอรับรองว่าได้ตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินดีบริจาคเลือดให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์อื่น ๆ ตามแต่จะเห็นสมควรด้วยความสมัครใจและอนุญาติให้ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ไวรัสโรคเอดส์ ชิฟิลิสและอื่น ๆ ที่จำเป็น ข้าพเจ้าทราบว่าอาจเกิดการไม่พึงประสงค์ขณะและหลังบริจาคเลือดได้ ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหากเกิดกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) ผู้บริจาคเลือด วันที่
 ผู้สัมภาษณ์





สำหรับห้องปฏิบัติการ เป็น ไม่เป็น

ปริมาณเลือดที่ใส่ ml. ใ่วางเวลาเก็บเลือดนาน นาที Scan โดย Recode โดย ผู้บันทึก

เริ่มเจาะเวลา (งข้อ) ผู้เจาะเลือดเจาะเสร็จเวลา (งข้อ) ผู้บันทึก เจาะกับไขกระดูก ผู้บันทึก เจาะแขน ขวา ซ้าย เครื่องเย็บ No. (งข้อ) ผู้เย็บเลือด

ชนิดของ Bag	<input type="radio"/> Single	<input type="radio"/> Double	<input type="radio"/> Triple	<input type="radio"/> Quadruple	<input type="radio"/> อื่นๆ	Lot No
-------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	--------

(งข้อ) ผู้ตรวจร่างกาย (งข้อ) ผู้ส่ง Computer (งข้อ) ผู้เขียน Bag/ tube : เวลา

ผลการตรวจร่างกาย ผัน ไม่ผัน

เวลา	Temp (°C)	BP (ก่อนเจาะ)	Pulse ครั้ง/นาที	Hb g/dl	BP (หลังเจาะ)	Pulse ครั้ง/นาที	Remark

การตรวจร่างกาย ผลการผสมภาพ ผัน ไม่ผัน Note

เคยเจาะหรือแทงเข็ม ไม่เคย เคย

เคยเจาะ เลือด เกล็ดเลือด เมื่อไร

สำหรับเจ้าหน้าที่ ปรึกษาครั้งแรก การบริจาคครั้งที่ผ่านมา ไม่บริจาค ผู้บันทึกทราบ

ผู้บริจาคเลือด ชื่อ นามสกุล