

入库志愿者健康状况征询表

1. 您是第一次报名登记吗? 是 () 否 ()
2. 您的年龄在18-45岁之间? 是 () 否 ()
3. 您的健康状况良好? 是 () 否 ()
4. 您已了解造血干细胞捐献的全过程? 是 () 否 ()

符合以上条件者, 请继续回答下列问题:

(回答下列问题, “是”请在□内划√, “否”则划×)

- 1. 您是否患有呼吸系统疾病? 如慢性支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘、肺气肿、肺功能不全等。
- 2. 您是否患有循环系统疾病? 如各种心脏病、高血压病、低血压、四肢动脉粥样硬化、血栓性静脉炎等。
- 3. 您是否患有消化系统疾病? 如慢性胃肠炎、较重的胃及十二指肠溃疡、慢性胰腺炎、非特异性溃疡性结肠炎等。
- 4. 您是否患有泌尿系统疾病? 如急慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、肾病综合征、慢性泌尿道感染以及急慢性肾功能不全等。
- 5. 您是否患有血液系统疾病? 如贫血(缺铁性贫血、巨幼红细胞性贫血治愈者除外)、真性红细胞增多症、粒细胞缺乏病、白血病、淋巴瘤及各种出、凝血性疾病。
- 6. 您是否患有内分泌系统疾病及代谢障碍疾病? 如脑垂体及肾上腺疾病、甲状腺功能性疾病、糖尿病、肢端肥大症等。
- 7. 您是否患有免疫系统疾病? 如系统性红斑狼疮、皮炎、硬皮病、类风湿性关节炎、大动脉炎等。
- 8. 您是否患有慢性皮肤病? 特别是传染性、过敏性及炎症性全身性皮肤病, 如黄癣、广泛性湿疹及全身性牛皮癣等。
- 9. 您是否患有过敏性疾病或反复发作过敏? 如经常性荨麻疹等、支气管哮喘、药物过敏等。
- 10. 您是否患有神经系统疾病? 如脑血管病、脑炎、脑外伤后遗症、癫痫等, 以及有惊厥病史或反复晕厥发作史。

- 11. 您是否患有精神疾病? 如抑郁症、躁狂症、精神分裂症、癔病等。
- 12. 您是否患有克-雅(Creutzfeldt-Jakob)病患者及有家族病史, 或接受可能是来源于克-雅病原体感染的组织或组织衍生物(如硬脑膜、角膜、人垂体生长激素等)治疗?
- 13. 您是否患有恶性肿瘤或影响健康的良性肿瘤?
- 14. 您是否患有传染性疾病? 如病毒性肝炎、获得性免疫缺陷综合征(AIDS, 艾滋病)、麻风病及性传播疾病等。
- 15. 您是否患有结核病? 如肺结核、肾结核、淋巴结核或骨结核等。
- 16. 您是否患有寄生虫及地方病? 如血吸虫病、丝虫病、克山病或大骨节病等。
- 17. 您是否患有某些职业病? 如放射线疾病、尘肺、矽肺及有害气体、有毒物质所致的急、慢性中毒等。
- 18. 您是否使用某些药物? 如长期使用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、精神类药物; 既往或现有药物依赖、酒精依赖或药物滥用。
- 19. 您是否易感染经血传播疾病的高危人群, 如有吸毒史、男男性行为和多个性伴侣等。
- 20. 您是否曾接受过异体移植? 包括接受组织、器官移植。如脏器、皮肤、角膜、骨骼、硬脑膜移植等。
- 21. 您是否曾接受过胃、肾、脾、肺等重要内脏器官切除手术?
- 22. 您是否曾使受血者发生过与输血相关的传染病?
- 23. 您是否患有医护人员认为不适宜献血的其他疾病?

注: 如果有以上疾病中的任何一种, 请放弃加入。

我今天捐出的样本及配型成功后捐献的造血干细胞将用于救治患者, 所填写的信息将关系到我的健康以及患者的安全, 我承诺, 所有信息真实无误。

我知道, 填表留取样本后7天内是静思期, 如果改变了捐献造血干细胞的意愿, 我会及时与中华骨髓库河南省分库联系, 不再检测我的样本。

入库志愿者签名:

年 月 日