

ใบสมัครผู้บริจาคโลหิต
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

ผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก

ผู้บริจาคโลหิตประจำ

วันที่(วัน/เดือน/ปี).....

ช่วงอายุบริจาคได้ :

โลหิตรวม 17-70 ปี # ถ้าอายุ 17 ปี ต้องมีหนังสือยินยอมจากผู้ปกครอง # บริจาคครั้งแรกอายุไม่เกิน 60 ปี

ผู้บริจาคประจำ อายุ 65-70 ปี ต้องผ่านการประเมินเพิ่มเติม

โลหิตเฉพาะส่วน 17 - 60 ปี # บริจาคครั้งแรกอายุไม่เกิน 50 ปี และเคยบริจาคโลหิตรวมมาก่อน

เฉพาะผู้บริจาคโลหิตประจำ ครั้งที่แล้วท่านได้บริจาค : โลหิตรวม โลหิตเฉพาะส่วน

โลหิตเฉพาะส่วน กรุณาระบุ : เม็ดโลหิตแดง เกล็ดเลือด พลาสมา อื่น ๆ.....

การบริจาคครั้งที่ผ่านมา : ไม่มีปัญหา

มีปัญหา : เป็นลม เขียวซ้ำ หาเส้นโลหิตยาก ได้รับแจ้งให้งดบริจาคชั่วคราวเนื่องจาก..... อื่นๆ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ----

เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ..... น้าหนัก.....กิโลกรัม

สถานที่ที่ติดต่อได้ ที่อยู่เดิม ที่อยู่ปัจจุบัน ระบุ.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

E-mail address.....

อาชีพ : นักเรียน,นักศึกษา ข้าราชการ,ทหาร,ตำรวจ,พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท,รับจ้าง

พระภิกษุ,สามเณร เกษตรกร ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย อื่นๆ.....

ชื่อ นาย, นาง, นางสาว(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี)

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล

เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต.....

บริจาคครั้งที่.....

หมู่โลหิต

Rh

กรณีผู้บริจาคโลหิตประจำไม่มีบัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต

บริจาคโลหิตครั้งแรกเมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... สถานที่บริจาค.....

บริจาคโลหิตครั้งสุดท้ายเมื่อ (วัน/เดือน/ปี) สถานที่บริจาค.....

Unit Number

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท

ชีพจร..... ครั้ง/นาที ปกติ ไม่ปกติ

หัวใจ/ปอด ปกติ ไม่ปกติ

อุณหภูมิร่างกาย..... °ซ ผ่าน ไม่ผ่าน

Hb.....ก/ดล. ผ่าน ไม่ผ่าน

Deferred due to.....

กินยาที่มีผลต่อเกล็ดเลือด

Under volume

High volume

Discarded

หมายเหตุ.....

เจ้าหน้าที่ทะเบียน..... เจ้าหน้าที่เตรียมถุง..... เจ้าหน้าที่ผู้เจาะเก็บ.....

เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่างโลหิต..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ.....

แบบสอบถามสำหรับผู้บริจาคโลหิต

เพื่อความปลอดภัยของท่านผู้บริจาคโลหิต และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะรับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และหากไม่มั่นใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัย กรุณางดบริจาคโลหิตสำหรับผู้สัมภาษณ์ การพิจารณาต้องใช้ร่วมกับคู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

สุขภาพทั่วไป	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมที่จะบริจาคโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (ไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภายใน 6 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านมีโรคประจำตัว หรือเคยเป็นโรค (ระบุ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ท่านรับประทานยาปฏิชีวนะ (ยาฆ่าเชื้อ) ภายใน 7 วันที่ผ่านมา ชื่อยา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านรับประทานยาแอสไพริน ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวดข้อ หรือยาอื่นๆ ในกลุ่ม เดียวกันภายใน 2 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ท่านมีการใช้ ยา / สมุนไพร / อาหารเสริมที่มีโบทินเป็นส่วนประกอบ เป็นประจำ ได้แก่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ท่านดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ท่านเคยบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา..... โปรดระบุ <input type="checkbox"/> กระแสโลหิต <input type="checkbox"/> ไช้กระดูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การตั้งครรภ์ / คลอดบุตร		
10. ท่านเคยตั้งครรภ์ หรือแท้งบุตร มาก่อน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ท่านอยู่ในช่วงตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ท่านคลอดบุตร หรือแท้งบุตร ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประวัติด้านเพศสัมพันธ์: สำหรับทุกเพศ		
13. ท่านหรือคู่ของท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับ : ผู้ที่ไม่ใช่คู่ของตนเอง / ผู้ที่ทำงานบริการทางเพศ/ ผู้เสพยาเสพติด / ผู้ที่อาจติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ท่านเคยใช้ยารักษาหรือป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ท่านเป็นเพศชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อต่างๆ		
16. ท่านดูดฝิ่น ชูดหินปูน ภายใน 3 วันที่ผ่านมา / ถอนฟัน รักษาโรคฟัน ภายใน 7 วันที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ท่านท้องเสีย ท้องร่วง ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ท่านเคยเจาะหู เจาะผิวหนัง สัก ลบรอยสัก ฝังเข็ม ภายใน 4 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดเล็ก ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ท่านเคยผ่าตัดใหญ่ ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ท่านเคยป่วยและได้รับโลหิต / ส่วนประกอบโลหิต ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ท่านเคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ท่านเคยถูกเข็มที่เปื้อนเลือดตำ ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
24. ท่านเคยป่วยเป็นโรคตับอักเสบ หลังอายุ 11 ปี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. คู่ของท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่าน เป็นโรคตับอักเสบ ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ท่านเคยตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคตับอักเสบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ท่านเคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ท่านเคยเข้าไปในพื้นที่ที่มีเชื้อมาลาเรียชุกชุม ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ท่านเคยป่วยเป็นโรคไข้วัดใหญ่ / โรคไข้วัดเล็ก / โรคซิคุนคุนยา / โรคไข้วัด หรือ โรคโควิด-19 ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ท่านได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ท่านได้รับเชรุ่ม ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ท่านเคยมีประวัติเสพยาเสพติด.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ท่านเคยถูกควบคุมตัวหรือจองจำในเรือนจำติดต่อกันเกิน 72 ชั่วโมง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ท่านเคยมีน้ำหนักลด มีไข้ มีต่อมน้ำเหลืองโตโดยไม่ทราบสาเหตุ ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยตรวจพบว่ามีเชื้อเอชไอวี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2539 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศเหล่านี้ เป็นเวลาสะสมมากกว่า 3 เดือน อังกฤษ ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ เวลส์.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2544 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศส และไอร์แลนด์ เป็น ระยะเวลาสะสมมากกว่า 5 ปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ท่านมั่นใจว่าโลหิตของท่านมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ามั่นใจว่าโลหิตของข้าพเจ้าปลอดภัยต่อผู้ป่วย และรับทราบว่าโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อ ซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบบี, ซี และเอชไอวี ก่อนจะนำไปใช้ในการแพทย์

ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย นำไปใช้ประโยชน์ในงานบริการโลหิตหรืองานวิจัยทางการแพทย์* ด้วยความสมัครใจ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและโอกาสเกิดผลข้างเคียงของการบริจาคโลหิตแล้ว และยินดีที่จะบริจาคโลหิตในครั้งนี้

ลงชื่อผู้สมัคร.....วันที่

*การวิจัยทางการแพทย์เพื่อประโยชน์สาธารณะที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนผ่านขั้นตอนการตรวจสอบและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือขององค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง (ข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. 2525) หรืองานวิจัยที่ประกาศเพิ่มเติมภายหลัง

ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ลงชื่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์คัดกรอง.....

ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามตามความจริง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

Please answer the questionnaire truthfully to prevent the spread of infection

แบบคัดกรองตนเองเพื่อประเมินความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัส COVID-19

Self – screening to assess the risks of COVID-19 virus transmission

1. เพศ / Gender ชาย / Male หญิง / Female
2. อายุ / Age ปี / yrs.
3. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ? Do you have any of these symptoms?
 ไข้ / Fever น้ำมูกไหล / Runny nose
 จมูกไม่ได้กลิ่น / Loss of smell ลิ้นไม่รับรส / Loss of taste
 ไอ / Cough เหนื่อยหอบ / Shortness of breath
 เจ็บคอ / Sore throats ไม่มีอาการเหล่านี้ / None of these symptoms
4. ท่านเดินทางมาจาก / ผ่านประเทศ ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ หรือไม่ ?
Did you travel from / transit countries which have COVID-19 outbreak within the past 4 weeks?
 ใช่ / yes ไม่ใช่ / No
จากประเทศ / from
พักอยู่ในประเทศนั้นกี่วัน How long did you stay? day (s)
เดินทางกลับมานานกี่วัน How long have you left there? day (s)
5. ท่านได้ไปยังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ภายใน 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมาหรือไม่ ?
(สถานบันเทิง สถานที่ออกกำลังกาย สนามกีฬา บ่อนการพนัน สถานที่แออัด เป็นต้น)
Have you ever been at the following places within the past 4 weeks?
(Entertainment venue, Casino, Fitness, Football club, Mass community etc.)
 ใช่ / yes ไม่ใช่ / No
6. ท่านได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยหรือป่วยเป็นโรคโควิด 19 ภายใน 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมาหรือไม่ ?
Did you contact with suspected or confirmed COVID 19 cases within the past 4 weeks?
 ใช่ / yes ไม่ใช่ / No
7. ท่านเพิ่งหายจากโรคโควิด 19 / Have you recovered from COVID-19 infection?
 ใช่ / yes ไม่ใช่ / No
เป็นเวลา / for สัปดาห์ / weeks

ขอขอบคุณในความร่วมมือ – Thank you for your cooperation

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

25 พฤศจิกายน 2564