

Приложение № 1
к Порядку прохождения донорами
медицинского обследования,
утвержденному приказом Минздрава России
от «28» октября 2020 г. № 1166н

Рекомендуемый образец

**Анкета донора
крови и (или) ее компонентов**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) донора крови и (или) ее компонентов _____

Дата рождения (день, месяц, год) донора крови и (или) ее компонентов _____

№ п/п	Содержание вопроса	Ответ	
		да	нет
1.	Хорошее ли у Вас сейчас самочувствие?	да	нет
2.	Были ли у Вас когда-либо инфекционные заболевания (в том числе болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), вирусные гепатиты В и С, сифилис, туберкулез, малярия)?	да	нет
3.	Были ли у Вас когда-либо болезни сердца, высокое или низкое артериальное давление?	да	нет
4.	Были ли у Вас когда-либо тяжелые аллергические реакции, бронхиальная астма?	да	нет
5.	Были ли у Вас когда-либо судороги и заболевания нервной системы?	да	нет
6.	Были ли у Вас когда-либо сахарный диабет, онкологические заболевания?	да	нет
7.	Находились ли Вы в контакте с больными инфекционными заболеваниями?	да	нет
8.	Были ли у Вас сексуальные связи с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), больными вирусными гепатитами В и С, сифилисом?	да	нет
9.	Пребывали ли Вы на территориях, на которых существует угроза возникновения и (или) распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий? Если ДА, то на каких? _____ (укажите)	да	нет
10.	Употребляли ли Вы когда-либо наркотические средства, психотропные вещества?	да	нет
11.	Проводилась ли Вам за последний год вакцинация (прививки) и хирургические вмешательства?	да	нет
12.	Принимаете ли Вы в настоящее время или принимали в течение последних 30 календарных дней какие-либо лекарства, включая жаропонижающие? Если ДА, то какие? _____ (укажите)	да	нет
13.	Принимали ли Вы за последние 48 часов алкоголь?	да	нет
14.	Состоите ли Вы на диспансерном учете или наблюдаетесь сейчас у врача? Если ДА, по какому поводу и в какой медицинской организации? _____ (укажите)	да	нет
15.	Для женщин: беременны ли Вы в настоящее время, была ли у Вас беременность за последний год, кормите ли Вы в настоящее время ребенка грудью?	да	нет
16.	Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 календарных дней?	да	нет

Подпись донора _____

Дата (число, месяц, год) _____

Подпись медицинского работника _____

Приложение № 2
к Порядку прохождения донорами
медицинского обследования утвержденному
приказом Минздрава России
от «28» октября 2020 г. № 1966Н

Рекомендуемый образец

**Информированное добровольное согласие
донора на медицинское обследование и донацию крови и (или) ее компонентов**

Я _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (год рождения, адрес места жительства донора)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и донацию крови и (или) ее компонентов в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского обследования, порядок осуществления донации крови и (или) ее компонентов, связанный с ней риск, в том числе вероятность развития осложнений.

Я получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов и препаратов, полученных из моей крови и (или) ее компонентов. Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ-инфекции и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь и (или) ее компоненты для других людей. Я понимаю, что моя кровь и (или) ее компоненты будет проверена на наличие маркеров ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, сифилиса.

Я информирован(а), что во время процедуры донации крови и (или) ее компонентов возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки медицинского персонала.

Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со статьями 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Приложение № 3
к Порядку прохождения донорами
медицинского обследования,
утвержденному приказом Минздрава России
от «28» октября 2020 г. № 1166н

Рекомендуемый образец

**Согласие донора
на обработку персональных данных, включая специальные категории
персональных данных и биометрические персональные данные**
Я,

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____.

проживающий (ая) по адресу: _____
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006
№ 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю _____
(полное наименование медицинской организации)

(далее – Оператор) расположенному по адресу: _____,
свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию,
имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту
жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний,
рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные данные (серия, номер
паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой деятельности (место работы или
учебное заведение, должность).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции)
с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление,
хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование,
уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные
посредством внесения их в единую базу данных по осуществлению мероприятий,
связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов,
развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов
на основании: Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови
и ее компонентов».

Подпись субъекта персональных данных _____
Дата составления согласия _____

ФИО _____

Температура _____

№ телефона _____

За последние 4 недели:

1. Выезжали за рубеж?(в том числе страны Европы, Африки, США, Канаде) Да
Нет

За последние 2 недели

2. Посещали другие регионы Российской Федерации? Да Нет

3. Болели ли Вы или Ваши родственники ОРВИ? Да Нет

4. Контактывали с лицами, прибывшими из других стран и регионов Российской Федерации? Да Нет

5. Контактывали с лицами, у которых положительный тест на COVID-19? Да Нет

6. Контактывали в течение 21 дня с заболевшими вирусом оспы обезьян Да Нет

 дата

 подпись