

## استبيان التبرع بالدم

الإجابة على الأسئلة التالية تضمن سلامتك وسلامة المريض الذي يتلقى تبرعك.  
اقرأ الأسئلة التالية وأجب عنها بصراحة ودقة. ندرك أن هذه الأسئلة حساسة الطابع، ونحرص الحفاظ على سرية أجوبتك.

معلومات شخصية عن المتبرع			
الاسم:	اسم الأب:	الشهرة:	تاريخ الولادة: / /
الجنسية:	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الوثيقة الثبوتية:	رقم الوثيقة:
العنوان:	هاتف:	البريد الإلكتروني:	
نوع التبرع:	<input type="checkbox"/> تلقائي	<input type="checkbox"/> موجه لمريض:	
صلة القرابة بالمريض:	<input type="checkbox"/> لا صلة <input type="checkbox"/>		

مخصص لفريق قسم بنك ونقل الدم فقط			
المظهر الصحي العام:	الوزن: (كغم)	الحرارة (على ألا تتخطى 37,5 درجة مئوية):	
ضغط الدم (Systolic: <150 mmHg, Diastolic: from 50 to 100 mmHg):	النبض (100-50/دقيقة):	علامات حقن على الذراعين: نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> جروح جلدية: نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	
Hemoglobin/Hematocrit:	الموظف المسؤول عن إجراء الاستبيان والفحص العام:		
رقم منتج الدم:	رقم المتبرع:		

نعم	كلا	الأسئلة
		١- هل تشعر أنك بحالة جيدة اليوم؟
		٢- هل تتناول المضادات الحيوية أو أي أدوية أخرى لمعالجة التهاب ما؟
		٣- هل تتناول حاليًا أو تناولت في الماضي أي أدوية لأي سبب كان؟ في حال الإيجاب، ما هي؟
		٤- في الساعات الأربع الماضية، هل تناولت الطعام؟
		٥- في الساعات الثماني والأربعين الماضية: هل تبرعت بالصفائح أو البلازما أو كريات الدم البيضاء؟
		٦- في الأيام السبع الماضية، هل جرى نزع أي من أسنانك؟
		٧- في الأيام الثماني والعشرين الماضية، هل تعرّضت لحرارة أو إسهال أو التهاب في المجاري البولية أو الجهاز التنفسي؟
		٨- في الأسابيع الثمانية الماضية، هل تلقّيت أي لقاحات أو حقنات أخرى؟
		٩- في الأسابيع الثمانية الماضية، هل تبرعت بالدم الكامل؟
		في الأشهر الاثني عشر الاخيرة:
		١٠- للمتبرعات فقط: هل كنت حامل أو هل أنت حامل حاليًا (للرجال، الرجاء وضع علامة في خانة ذكر <input type="checkbox"/> )؟
		١١- هل خضعت لجراحة أو تنظير داخلي أو أي إجراء طبي آخر؟
		١٢- هل خضعت لعملية نقل دم أو أي من منتجاته؟
		١٣- هل خضعت لعملية زرع أعضاء، أنسجة أو نقي عظم؟
		١٤- هل خضعت لعملية زرع عظم أو جلد؟
		١٥- هل لامست دم شخص آخر؟
		١٦- هل تعرّضت لوخز إبرة عن طريق الخطأ؟
		١٧- هل أجريت لك وشمًا؟
		١٨- هل أجريت ثقب في الأذن أو في أي مكان آخر في الجسم؟
		١٩- هل تعرّضت لعضة كلب وتلقّيت لقاحًا ضد الكلب؟
		٢٠- هل كنت على اتصال جنسي بأي شخص مصاب بفيروس السيدا/الأيذز أو سبق وكانت نتيجة الكشف عنه إيجابية؟
		٢١- هل كنت على اتصال جنسي مع عاملة جنس أو أي شخص آخر يتقاضى المال أو المخدرات أو غيره لقاء ممارسة الجنس؟
		٢٢- هل كنت على اتصال جنسي بشخص استخدم الإبر لتعاطي المخدرات أو المنشطات أو أي مادة أخرى لم يصفها طبيب، وذلك في أي مرحلة من حياته؟
		٢٣- هل كنت على اتصال جنسي بشخص مصاب بالهيموفيليا أو استخدم مراكز عامل التخثر لمعالجة مشاكل النزيف؟
		٢٤- للمتبرعات فقط: هل كنت على اتصال جنسي برجل كان له اتصال جنسي برجل آخر (للرجال، الرجاء وضع علامة في خانة ذكر <input type="checkbox"/> )؟



كلا	نعم	الأسئلة
		٢٥- هل كنت على اتصال جنسي بشخص مصاب بالتهاب الكبد، اليرقان أو الصغيرة؟
		٢٦- هل ساكنت أو خالطت شخص مصاب بالتهاب الكبد أو اليرقان؟
		٢٧- هل تلقيت الأجسام المضادة لفيروس الإلتهاب الكبد الوبائي (باء) Hepatitis B؟
		٢٨- هل أصبت بالزهرى (Syphilis) أو بداء السيلان (Gonorrhea) أو تلقيت العلاج لأي منهما؟
		٢٩- هل أمضيت أكثر من ٧٢ ساعة في مركز الإحتجاز للأحداث أو سجن أو حبس؟
		٣٠- في السنوات الثلاث الماضية هل سافرت إلى خارج لبنان؟ إلى أين؟
		٣١- بين العامين ١٩٨٠ و ١٩٩٦، هل أمضيت فترة تبلغ ثلاثة أشهر أو أكثر في المملكة المتحدة؟
		٣٢- من العام ١٩٨٠ إلى اليوم، هل أجريت لك عملية نقل دم في أوروبا؟
		٣٣- من العام ١٩٧٧ إلى اليوم، هل تقاضيت المال أو المخدرات أو أي نوع آخر من البديل لقاء ممارسة الجنس؟
		٣٤- من العام ١٩٧٧ إلى اليوم، للمتبرعين من الذكور فقط: هل كنت على اتصال جنسي برجل آخر، ولو لمرة واحدة؟ (للنساء، الرجاء وضع علامة في خانة انثى <input type="checkbox"/> )؟
		٣٥- هل زرت أو ساكنت في منطقة توطن الملايا؟
		٣٦- هل كان اختبارك إيجابياً لفيروس السيدا الأيدز؟
		- هل خسرت ٥ كلف أو أكثر من وزنك بشكل لا يمكن تفسيره؟
		- هل أصبت بسعال أو بضيق في التنفس أو بإسهال لفترة طويلة؟
		- هل أصبت بحمى لم تعرف أسبابها؟
		- هل ظهرت كتل حمراء أو بنفسجية على بشرتك أو تحت الجلد في الأشهر الستة الأخيرة؟
		- هل ظهرت كتل بقع بيضاء أو تقرحات غير عادية في فمك بشكل مستمر؟
		٣٧- هل استخدمت الإبر لتعاطي المخدرات أو المنشطات أو أي مادة أخرى لم يصفها طبيبك؟
		٣٨- هل عانيت نزيفاً أو مرضاً في الدم؟
		٣٩- هل استخدمت مركبات عامل التخثر لمعالجة مشاكل النزيف؟
		٤٠- هل خضعت لجراحة في الرأس أو الدماغ؟
		٤١- هل تلقيت هرمون النمو من منشأ بشري؟ Growth Hormone
		٤٢- هل لأي من أقرانك إصابة بمرض جنون البقر - كروتز فيلد جاكوب؟ Creutzfeldt - Jakob
		٤٣- هل عانيت أي اختلاجات أو نوبات صرع منذ الطفولة؟
		٤٤- هل أصبت بالتهاب الكبد، اليرقان/الصغيرة أو كانت نتائج اختبارات التهاب الكبد إيجابية؟ Hepatitis
		٤٥- هل أصبت بالملايا؟
		٤٦- هل أصبت بأي نوع من السرطان بما فيه اللوكيميا؟
		٤٧- هل أصبت بأي مرض في الجهاز التنفسي أو شعرت بألم في الصدر أو عانيت مشاكل في القلب والرئتين؟
		٤٨- هل تتبرع بالدم لأنك تريد أن تفحص دمك لكشف فيروس السيدا/الأيدز؟
		٤٩- هل أنت مدرك أنك إذا كنت مصاباً بأي فيروس، يمكن أن تنقله لشخص آخر ولو كنت تشعر أنك بصحة جيدة وكان اختبارك سلبياً؟
		٥٠- هل قرأت وفهمت كل المعلومات المرتبطة بالتبرع بالدم المقدمه إليك وهل تلقيت إجابات عن كل أسئلتك؟
		٥١- هل بإمكاننا الإتصال بك في حال احتاج مريض إلى دم من دمك؟

أنا الموقع أدناه----- أؤكد أن المعلومات الطبيّة التي أدليت بها صحيحة ودقيقة على حدّ علمي. لقد قرأت وفهمت المواد التعليمية بشأن السلوك عالي المخاطر ولا أعتبر نفسي معرضاً لخطر متزايد لانتقال الأيدز أو أي أمراض معدية أخرى، وأمنح الإذن لسحب الدم وإجراء الإختبارات اللازمة عليه.  
وإذا كان هناك أي سبب لعدم نقل الدم أتعهّد بإبلاغ ذلك لبنك الدم.  
وأدرك أن عليّ البقاء لمدة عشر دقائق في بنك الدم بعد التبرّع وأقبل بهذا الشرط. وإن غادرت قبل انقضاء هذه المدّة، فأبني أتحمل المسؤولية الكاملة لأي نتائج تترتب عن ذلك.

توقيع المتبرّع:	تاريخ ووقت سحب الدم: _____/_____/____	كميّة الدم المسحوبة: _____ مل
إسم الموظف الذي سحب وحدة الدم والعينة:		التوقيع: