



งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 0-5393-5624 โทรสาร 0-5393-5629

ใบยินยอมของผู้ปกครอง/ผู้ให้คำยินยอมให้บริจาคโลหิต สำหรับผู้บริจาคโลหิตอายุ 17 ปี

- การบริจาคโลหิตเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้อื่น ทุกศาสนาสันนิษฐานว่าเป็นบุญกุศลที่ยิ่งใหญ่ สังคมยกย่องและเชิดชูผู้บริจาคโลหิต เมื่อมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคและภาวะต่างๆที่ต้องใช้โลหิต ซึ่งไม่สามารถทดแทนด้วยสิ่งใดได้ จำเป็นต้องได้มาจากผู้บริจาคโลหิตเท่านั้น
- ผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง อายุระหว่าง 17-60 ปี หากผ่านเกณฑ์คัดเลือกผู้บริจาคโลหิต สามารถบริจาคโลหิตได้โดยปลอดภัย สำหรับผู้ที่มีอายุ 17 ปี ต้องได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองทุกครั้ง จึงจะสามารถบริจาคโลหิตได้
- การบริจาคโลหิตแต่ละครั้ง มีปริมาณเพียง 12-15% ของโลหิตในร่างกาย ซึ่งไม่ก่อให้เกิดผลเสียใดๆต่อผู้บริจาค ทั้งนี้ผู้บริจาค จะได้รับการตรวจคัดกรองทางการแพทย์ก่อนทุกครั้งที่จะบริจาคโลหิต

ข้อมูลผู้บริจาคโลหิต

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/น.ส.)..... เพศ ชาย หญิง
เลขที่บัตรประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี.....เดือน
สถานศึกษา.....

ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้ให้คำยินยอม

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/น.ส.)..... เพศ ชาย หญิง

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

มีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้บริจาคโลหิต ซึ่งอยู่ในอำนาจการปกครองของข้าพเจ้าตามกฎหมาย

ซึ่งข้าพเจ้ายินยอมให้ (นาย/นาง/น.ส.).....

บริจาคโลหิตให้กับงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ และรับทราบว่าโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อซีฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และเอชไอวี ก่อนจะนำไปใช้ทางการแพทย์ และยินยอมให้นำโลหิตไปใช้ประโยชน์ในงานบริการโลหิต หรือใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ด้วยความสมัครใจ และไม่เรียกร้องหากเกิดกรณีใดๆทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....

ผู้ปกครอง/ผู้ให้คำยินยอม

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้บริจาคโลหิตควรทราบ

- อายุมากกว่า 17 ปีบริบูรณ์ น้ำหนักไม่ต่ำกว่า 50 กิโลกรัม
- สุขภาพแข็งแรง นอนหลับพักผ่อนเพียงพอไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ไม่มีอาการไข้ ไม่สบาย หรือเจ็บคอ
- รับประทานอาหารมาก่อนบริจาคโลหิตอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง
- ดื่มน้ำอย่างน้อย 3-4 แก้ว ก่อนบริจาคโลหิตอย่างน้อย 30 นาที