



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

ใบสมัครบริจาคโลหิต

วันที่..... บริจาคครั้งที่..... สถานที่บริจาคครั้งล่าสุด..... เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต.....

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/น.ส./ยศ)..... เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อ-สกุลเดิม (ถ้ามี)..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส การศึกษา.....

ที่อยู่ติดต่อได้..... Email.....

น้ำหนัก.....กก. อาชีพ..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ประสงค์บริจาคให้ ☐ ผู้ป่วยทั่วไป ☐ ผู้ป่วยชื่อ-สกุล*..... หมายเลข HN.....

☐ Autologous ☐ Autologous serum eye drops ☐ Blood letting ☐ อื่นๆ

* กรณีบริจาคเจาะจงให้ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ได้ใช้เลือดภายใน 7 วันหลังวันที่บริจาค ธนาคารเลือดจะนำเลือดหมุนเวียนให้ผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

===== กรุณากรอกแบบสอบถามประวัติสุขภาพด้านหลัง =====>

ส่วนของผู้บริจาค

วัดความดันโลหิตและชีพจร

ครั้งที่	เวลา	ความดันโลหิต (mmHg)	ชีพจร (ครั้ง/นาที)	ผู้ทำการวัด	หมายเหตุ
1		/			ความดัน systolic ไม่เกิน 160 mmHg ความดัน diastolic ไม่เกิน 100 mmHg ชีพจร 50-100 ครั้ง/นาที
2		/			
3		/			

Barcode sticker

Unit No.....

ความเห็นแพทย์ ☐ บริจาคโลหิตได้ ☐ งดบริจาคโลหิต ลงชื่อ.....

หมู่เลือด (Slide method) A , B , O , AB

Hemoglobin (Hb).....g/dL ☐ Pass ☐ Not pass

หมายเหตุ ระดับ Hemoglobin เพศชาย 13.0-18.5 g/dL , เพศหญิง 12.5-16.5 g/dL

Blood bag ☐ Double bag ☐ Quadruple bag (WB-SP)

☐ Quadruple bag ☐ Quadruple bag (Reveos)

ผู้ตรวจ..... ผู้จ่ายถุงเลือด..... เวลา.....น.

การเจาะเก็บเลือด

แขนข้างที่เจาะ ☐ ซ้าย ☐ ขวา

ผู้เจาะเลือด..... เวลา.....น.

ผู้เก็บเลือด..... ระยะเวลา.....นาที

ปัญหาการเจาะ ☐ เจาะได้น้อย ☐ เปลี่ยนถุง ☐ ยกเลิกการเจาะ

หมายเหตุ.....

ใช่ ไม่ใช่		ใช่ ไม่ใช่	
สุขภาพทั่วไป		ประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อต่างๆ	
1. ท่านสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง นอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อย 5 ชั่วโมง	☐ ☐	15. ท่านมีปัญหาต่อไปนี้ ใช่หรือไม่	
2. ก่อนมาบริจาค ท่านได้รับประทานอาหาร หรือของว่าง	☐ ☐	15.1 วันนี้ท่านกำลังเป็นไข้ หวัด ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย	☐ ☐
2.1 รับประทาน เวลา.....น.		15.2 ท่านเคยป่วย หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้เลือดออก โรคชิคุนกุนยา โรคไข้ซิกา หรือโรคโควิด-19	☐ ☐
2.2 ยังไม่ได้รับประทาน และรู้สึกหิว	☐ ☐	15.3 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้เดินทางเข้าพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ระบุ.....	☐ ☐
3. ท่านสูบบุหรี่ ภายใน 1 ชั่วโมงที่ผ่านมา	☐ ☐	16. ท่านเคยป่วยเป็นโรคมาลาเรียในระยะเวลา 3 ปี หรือเข้าไปในเขตที่มีมาลาเรียชุกชุมในระยะเวลา 1 ปี	☐ ☐
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	☐ ☐	17. ช่วง พ.ศ. 2523-2539 ท่านเคยอาศัย หรือเจ็บป่วยอยู่ในประเทศอังกฤษ หรือประเทศอื่นๆ ที่มีการระบาดของโรควัณโรค เป็นเวลามากกว่า 3 เดือน	☐ ☐
5. ท่านมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ โรคปอด โรคลมชัก โรคไต โรคตับ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเมเร็ง โรคไทรอยด์ โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด หรือโรคอื่นๆ ระบุ.....	☐ ☐	18. ท่านมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย ภายใน 7 วันที่ผ่านมา	☐ ☐
6. ท่านเคยเป็นโรคเลือด หรือเลือดไหลหยุดยาก	☐ ☐	19. ท่านอดฟัน ขูดหินปูน ภายใน 3 วันที่ผ่านมา หรือถอนฟัน รักษาฟัน ภายใน 7 วันที่ผ่านมา	☐ ☐
7. ภายใน 1 เดือน ท่านใช้ยา..... เพื่อรักษาโรค.....	☐ ☐	20. ท่านได้รับวัคซีน เชรุม หรือฮอริโมน ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ระบุ.....	☐ ☐
8. ท่านใช้ยาแอสไพริน ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวดข้อ หรือยาอื่นๆ ในกลุ่มเดียวกัน ภายใน 2 วันที่ผ่านมา	☐ ☐	21. ท่านได้รับการผ่าตัด ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ระบุ.....	☐ ☐
9. ท่านใช้ยาปฏิชีวนะ หรือยาฆ่าเชื้อ ภายใน 7 วันที่ผ่านมา	☐ ☐	22. ท่านเคยรับเลือด หรือส่วนประกอบของเลือดจากผู้อื่น หรือเคยถูกเข็มที่เปื้อนเลือดตำ ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา	☐ ☐
10. ท่านใช้ยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมที่มีใบโอบิติน เป็นส่วนประกอบเป็นประจำ ระบุ.....	☐ ☐	23. ท่านเคยรับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด	☐ ☐
11. ท่านเคยบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	☐ ☐	24. ท่านเคยเจาะหู เจาะผิวหนัง สัก ลบรอยสัก ผ่าตัด โดยผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ภายใน 4 เดือนที่ผ่านมา	☐ ☐
12. สำหรับสุขภาพสตรี		25. ท่านเคยถูกจองจำในเรือนจำเกิน 72 ชั่วโมง ใน 1 ปีที่ผ่านมา	☐ ☐
12.1 ท่านมีบุตรจำนวน.....คน		26. ท่านเคยมีประวัติการใช้สารเสพติด	☐ ☐
12.2 ท่านอยู่ในช่วงมีประจำเดือน ให้หมบุตร หรือตั้งครรภ์	☐ ☐	27. ท่านมีประวัติติดเชื้อ หรือตรวจเลือดให้ผลบวกต่อเชื้อซิฟิลิส	☐ ☐
12.3 ท่านคลอดบุตร หรือแท้งบุตร ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	☐ ☐	28. ท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่านเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี หรือเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี	☐ ☐
ประวัติด้านเพศสัมพันธ์		29. ท่านเคยมีน้ำหนกกลด มีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโตโดยไม่ทราบสาเหตุ ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา	☐ ☐
13. ท่านหรือคู่ของท่านมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่ของตนเอง ผู้ขายบริการทางเพศ ชายกับชาย ผู้เสพยาเสพติด ผู้ที่อาจติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น	☐ ☐	30. ท่านเคยได้รับจดหมาย หรือคำแนะนำให้งดบริจาคเลือด	☐ ☐
14. ท่านเคยใช้ยาฆ่าเชื้อหรือป้องกันโรคเอชไอวี	☐ ☐	31. ท่านมั่นใจว่าเลือดของท่านมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย	☐ ☐

การบริจาคครั้งที่ผ่านมา ☐ ไม่มีปัญหา ☐ เส้นเลือดท่านหายาก ☐ เคยเป็นลม ☐ เขียวช้ำบริเวณข้อพับ ☐ อื่นๆ.....

ในการบริจาคครั้งนี้ ประสงค์ให้เจาะบริจาคโลหิตจาก ☐ แขนข้างซ้าย ☐ แขนข้างขวา

ก่อนบริจาคโลหิต ควรดื่มน้ำอย่างน้อย 3 - 4 แก้ว เพื่อป้องกันอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หลังบริจาคโลหิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำไปใช้ประโยชน์ในงานบริการโลหิตหรืองานวิจัยทางการแพทย์ด้วยความสมัครใจ และรับทราบว่าโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี ซี และเอชไอวี ก่อนจะนำไปใช้ทางการแพทย์ ข้าพเจ้ามั่นใจว่าโลหิตของข้าพเจ้าปลอดภัยต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและโอกาสเกิดผลข้างเคียงของการบริจาคโลหิตแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะบริจาคโลหิตในครั้งนี้ และจะไม่เรียกร้องหากเกิดกรณีใดๆทั้งสิ้น ข้าพเจ้ารับทราบถึงวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวม ประมวลผล ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการวิจัยทางการแพทย์และงานบริการโลหิตครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ผู้บริจาคโลหิต

เจ้าหน้าที่ผู้คัดกรอง

вр.16:021