



## แบบสอบถามสำหรับผู้บริจาคโลหิต

เพื่อความปลอดภัยของท่านผู้บริจาคโลหิต และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะรับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และหากไม่มั่นใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัยขอ กรุณางดบริจาคโลหิต สำหรับผู้สัมภาษณ์ การพิจารณาต้องใช้ร่วมกับคู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

สุขภาพทั่วไป	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะบริจาคโลหิต.....	<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 / อาหารเสริมที่มีไบโอดีนเป็นส่วนประกอบ 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"/> ไชกระดูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>การตั้งครรภ์ / คลอดบุตร</b>		
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"/>
<b>ประวัติด้านเพศสัมพันธ์: สำหรับทุกเพศ</b>		
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"/>
<b>ประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อต่างๆ</b>		
16. ท่านอุดฟัน ขูดหินปูน ภายใน 3 วันที่ผ่านมา / ถอนฟัน รักษารากฟัน 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 สบรอยสัก 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 / โรคไข้วัดชิก้า หรือ โรคโควิด-19 ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ท่านได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา..... ระบุวัคซีน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ท่านได้รับเชรุม 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 ข้าพเจ้ามั่นใจว่าโลหิตของข้าพเจ้าปลอดภัยต่อ  
ผู้ป่วย และรับทราบว่าโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อ ซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบบี, ซี และเอชไอวี ก่อนจะนำไปใช้ในทาง  
การแพทย์

ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย นำไปใช้ประโยชน์ในงานบริการโลหิตหรือ  
งานวิจัยทางการแพทย์\* ด้วยความสมัครใจ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและโอกาสเกิดผลข้างเคียงของการบริจาคโลหิตแล้ว และยินดีที่จะบริจาค  
โลหิตในครั้งนี้

ลงชื่อผู้สมัคร.....วันที่ .....

\*การวิจัยทางการแพทย์เพื่อประโยชน์สาธารณะที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนที่ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือขององค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง (ข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและการทดลองใน  
มนุษย์ พ.ศ. 2525) หรืองานวิจัยที่ประกาศเพิ่มเติมภายหลัง

ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ลงชื่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์คัดกรอง.....