



捐血登記表格

甲部：捐血前須知

衷心感謝您參與捐血，您的捐贈可救助及改變他人生命。本中心懇請您於捐血前仔細閱讀我們的捐血資訊。中心為保障捐血者捐血及病人受血的安全，必須於捐血前查詢您的健康，評估您今天是否適宜捐血。如您對本表格的內容或捐血程序有任何疑問，歡迎垂詢中心的當值護士。

您捐出的血液須經嚴格化驗，包括血型及傳染病測試，再處理為血製品。所有符合品質和安全標準的血液會供給本港病人作臨床輸血治療。但亦有少部份會用於質量檢查、學術或醫學研究。此外，基於人道精神的考慮，或因血液製品供應充足以致本港病人不需用上全部血製品時，中心或會供應剩餘血製品幫助本港以外的病人。

捐血並不是完全沒有風險，偶有不良反應發生，包括捐血入針部位瘀腫、疼痛、發炎、感染或皮膚過敏，又或頭暈甚而昏倒，情況一般都是輕微及短暫的。如遇捐血後不適，當值護士會即時提供護理或在需要時轉介至附近醫院診治。同時我們懇請您閱讀中心提供的『捐血後須知』單張及遵照其建議。

中心會使用您的聯絡資料（包括姓名、通訊地址、電話號碼和電郵地址），提供捐血活動資訊。此外，如您的血液驗出有傳染病，我們亦會通知您有關化驗結果。倘有疑問，歡迎垂詢中心的當值護士。

血液安全 生命有救

血液化驗不能將所有血液傳染病都檢查出來。懇請您協助中心確保血液安全，如您懷疑自己可能感染了傳染病或想驗血，請勿捐血。

如需要免費愛滋病測試，請向您的醫生查詢或致電 2780 2211。

如拾獲此捐血登記表格，敬請致電 2710 1333 與中心職員聯絡。

乙部： 健康查詢及感染風險評估

閣下必須真誠回答下列的問題，於適當方格內填上「✓」。如您對本表格中的問題有不明白或不肯定如何回應，請先不用回答該問題，並於稍後直接向當值護士提問；我們的護士會與您單獨面談，跟進您的回應及提問，才決定您今天是否適宜捐血。您提供的個人資料會嚴格保密。多謝。

一般健康查詢	是	否	職員專用
A1. 您今天是否覺得身體健康狀況適宜捐血？			
A2. 您是否正接受醫生診斷／治療、服食藥物（包括中醫藥物）或等待檢驗報告？			
A3. 您是否曾確診下列疾病？			
• 心血管疾病（例如：心絞痛、高血壓）			
• 呼吸系統疾病（例如：哮喘）			
• 腸胃或肝臟疾病（例如：發炎性腸道疾病、肝炎）			
• 血液科疾病（例如：出血性疾病）			
• 癌症			
• 內分泌或代謝性疾病（例如：糖尿病、甲狀腺疾病）			
• 腦神經疾病（例如：休克、腦漏症，俗稱癲癇或發羊吊）			
• 精神科疾病			
• 腎病、泌尿及生殖系統疾病（例如：腎炎、腎石或膀胱石）			
• 免疫系統或風濕科疾病（例如：紅斑狼瘡、類風濕性關節炎）			
A4. 您是否曾確診為 G6PD（葡萄糖六磷酸去氫酵素）缺乏症（俗稱蠶豆症）？			
A5. 您是否曾服食或使用以下藥物？			
• 亞士匹靈或含有亞士匹靈的藥物			
• 非類固醇鎮痛藥			
• 治療脫髮的藥物			
• 治療前列腺增生的藥物			
• 治療暗瘡的藥物			
A6. 您是否曾有藥物過敏反應？如是，請列明：_____			
A7. 如閣下屬 男性 ，請於下頁繼續回答問題。			
如閣下屬 女性 ，			
• 您現在是否懷孕？			
• 您在過去一年內是否曾分娩或流產？			
• 您目前是否餵哺母乳？			
• 您是否曾接受不育治療？			

愛滋病（後天免疫力缺乏症）、乙型及丙型肝炎感染風險評估（下列部分問題內容涉及您的性生活，本登記表格內所提及的性行為泛指口交、陰道交或肛交，不論有否使用安全套。）	是	否	職員專用
B1. 您是否確診或懷疑患有以下病毒感染？			
• 愛滋病（後天免疫力缺乏症）			
• 乙型肝炎			
• 丙型肝炎			
B2. 您是否曾接受金錢與別人進行性行為？			
B3. 您是否曾服用或注射毒品或非處方藥物？			
B4. 您是否曾接受凝血因子治療？			
B5. 您是否知道您的性伴侶是			
• 確診愛滋病（後天免疫力缺乏症）病毒感染的人？			
• 提供性服務的男或女性？			
• 曾服用或注射毒品或非處方藥物的人？			
• 曾接受凝血因子治療的人？			
B6. • 如閣下屬 男性 ，您是否曾與另一 男性 進行口交或肛交？			
• 如閣下屬 女性 ，您是否曾與 雙性 性行為的男性（即曾與另一男性進行口交或肛交的男性）進行性行為？			

克雅二氏症及變種克雅二氏症（即瘋牛症）感染風險評估	是	否	職員專用
C1. 於一九八零年一月一日至一九九六年十二月三十一日期間，			
• 您是否曾於英國居留累積超過三個月？			
• 您是否曾於美國駐歐洲軍事基地居住或工作超過六個月？			
C2. 於一九八零年一月一日起，			
• 您是否曾於歐洲居留累積超過五年？			
• 您是否曾於英國或法國接受輸血治療？			
• 您是否曾接受由牛隻提煉的胰島素治療？			
C3. 您是否曾接受			
• 腦垂體提煉的人體生長激素或人體促性腺激素（其中一種生育激素）？			
• 器官或其他組織移植？			
C4. 與您有血緣關係的親屬是否曾確診克雅二氏症？			

其他傳染病或疫苗接種風險評估	是	否	職員專用
D1. 在過去一星期內，您是否曾接受口腔治療（包括：洗牙、脫牙等）？ 是否曾有任何皮膚創傷或皮膚病？			
D2. 在過去兩星期內，您是否曾患有感冒或出現發熱、頭痛、眼底痛、肌肉痛、關節痛、嘔吐、淋巴結腫大或皮膚紅疹等症狀？			
D3. 在過去四星期內，			
<ul style="list-style-type: none"> • 您是否曾接觸患有傳染病的人士，例如：水痘、德國麻疹、肺結核（俗稱肺癆）等？ 			
<ul style="list-style-type: none"> • 您是否曾接種任何預防疫苗，例如：甲型肝炎、乙型肝炎、破傷風疫苗注射等？ 			
<ul style="list-style-type: none"> • 您是否曾患有腹瀉？ 			
D4. 在過去十二個月期間，			
<ul style="list-style-type: none"> • 您是否曾離開香港？ 地點：_____ 回港日期（日/月/年）：_____ 			
<ul style="list-style-type: none"> • 您是否曾進行紋身、針灸、穿耳、刺體或被刺傷等？ 			
<ul style="list-style-type: none"> • 您是否曾接受乙型肝炎免疫球蛋白？ 			
<ul style="list-style-type: none"> • 您是否曾被動物咬傷？ 			
<ul style="list-style-type: none"> • 您是否曾接受外科手術（包括：窺鏡檢查，使用導管作治療）？ 			
<ul style="list-style-type: none"> • 您是否曾接受輸血？ 			
D5. 您是否曾確診以下傳染病？			
<ul style="list-style-type: none"> • 瘧疾 			
<ul style="list-style-type: none"> • 性病 			
<ul style="list-style-type: none"> • 肺結核（俗稱肺癆） 			
<ul style="list-style-type: none"> • 病毒性淋巴腺發熱 			
<ul style="list-style-type: none"> • 嚴重急性呼吸系統綜合症（俗稱沙士） 			
<ul style="list-style-type: none"> • 登革熱 			
<ul style="list-style-type: none"> • 西尼羅河病毒感染 			
<ul style="list-style-type: none"> • 基孔肯雅熱 			
<ul style="list-style-type: none"> • 其他，請列明：_____ 			

其他風險評估	是	否	職員專用
E1. 您是否曾使用其他姓名捐血？			
E2. 您是否曾接獲本中心或其他血液中心通知永久不適宜捐血？			
E3. 過去三年內，您是否曾連續六個月或以上於香港以外的地方居留？如有，請列明居留地點：_____			
E4. 您今天是否會參與高危的運動？例如：攀山、潛水或飛行運動			
E5. 您今天是否需要駕駛重型汽車、或於地底、深海或高空工作？ 例如：消防員、火車或重型車輛司機、棚架工作			

附加問題	是	否	職員專用
F1. 您是否知道您的性伴侶是			
• 曾確診寨卡病毒？			
• 曾於過去三個月內居留或到訪受寨卡病毒影響之地區？			

丙部：聲明

本人謹以至誠並鄭重聲明本人已清楚閱讀、理解及同意「甲部：捐血前須知」的內容，而當值護士亦已解答本人的查詢。

本人謹以至誠並鄭重聲明本人於「乙部：健康查詢及感染風險評估」提供的資料為真實無訛，並同意香港紅十字會輸血服務中心化驗本人的血液是否有傳染病包括愛滋病病毒。如血液測試結果為陽性，本人同意中心通知我有關化驗結果。

簽名：_____ 日期：_____ 資料核實
 (請於醫護人員見證下才簽署) 當值護士簽名：_____

丁部：個人資料 (請提供與身份證明文件相同資料)
(注意：此表格恕不接受影印本)

DIN

如不用更新通訊或聯絡資料，曾捐血人士只須填寫有*號的個人資料項目

*中文姓名 _____ 中文電碼 (____)(____)(____)(____)

*英文姓名 _____

*身份證號碼 _____ (____) *出生日期 _____ (日) (月) (年) *性別 _____

*體重 _____ (公斤) *身高 _____ (厘米) 血型 _____ 捐血者編號 _____
(如已知道)

曾在香港捐血 是 否 *上次捐血日期 _____

通訊地址
(請以英文正楷
填寫正確資料
方便電腦輸入)

香港 九龍 新界

日間聯絡電話 _____ 夜間聯絡電話 _____

*手提電話 _____

電郵地址 _____

本人不願意收取捐血活動之宣傳及推廣資訊。

For Office Use Only
(Please ✓ where appropriate)

Food Bank Lot No.

Drive ID : _____

Donor Examination

Hb Test Performed By _____ BP _____ mmHg P _____ /min.

Hb/Counter Reading _____ / _____ g/dL Temp _____ °C
(Highlight heading when out of range)

Hb/Counter Eq. No. EIHMC: _____ EIAUA: _____

Time Hb tested _____ : _____ : _____ hr.:min.

Apheresis

Plasma only

Plasma & Platelet

Platelet only

Remarks

Require new card

Aspirin

Stain/Mark

Small Vein

Autologous Donation

Directed Donation

Blood Unit Weigher Equipment No. : EIMIX _____ /EIBAL _____ /EICPP _____

Hand Held Sealer Equipment No. : EITCS _____

No. of DIN Labels Used / Destroyed : _____ / _____

Blood Flow

Blood Pack (WB Donation) Volume Collected

Start Time _____ : _____ : _____ hr.:min. Quadruple 450 Over Collection _____ ml

End Time _____ : _____ : _____ hr.:min. Quadruple 350 Low Volume Unit _____ ml

Duration _____ min. Single Inadequate Collection _____ ml

Fail _____ ml

Lignocaine

Yes No

Ferrous Sulphate

300mg/tablet

(14 tablets for 14 days)

One tablet daily

Fortifer FA

300mg/tablet

(16 tablets for 16 days)

One tablet daily

Dispensed By _____

Staff Code _____

Health Screened By :	Staff Code	Access for Venepuncture:	Lt / Rt (1 st)	Lt / Rt (2 nd)	(1 st)	(2 nd)
Special Message :	Accepted for Donation and Venepuncture By:				Staff Code	
	Venepuncture Completed By:				Staff Code	
<input type="checkbox"/> Deferral <input type="checkbox"/> Hold <input type="checkbox"/> Remark Code : _____ Deferral Duration : _____						
Comment :					Staff Code	