



香港紅十字會輸血服務中心



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。但亦有少部分會用於質量檢查、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，部分捐血者可能於捐血時偶有不良反應，這些反應一般都是輕微並會於短暫時間後消失，如入針部位瘀腫、疼痛、發炎、感染或皮膚過敏，捐血後感到頭暈或昏倒等。在罕見情況下，針刺或會引致動脈、神經或肌腱損傷。另外，少部分成分捐血者偶爾也會在捐血過程中因低血鈣而引致手指及嘴邊有輕微刺痛或麻痺，及或肌肉抽筋等狀況。如捐血後感到不適，當值護士會即時提供護理或按需要轉介捐血者到附近醫院診治。如欲了解更多捐血(包括成分捐血)資訊，請於捐血前參閱捐血站內提供的捐血資訊(亦備有網上版)及遵照捐血後給予您的捐血後須知單張的建議。

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
1. 您今天是否覺得身體健康狀況適宜捐血？			A1
2. 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？			A2
3. 您是否曾確診下列疾病？			
• 心血管疾病（例如：心絞痛、高血壓）			A3a
• 呼吸系統疾病（例如：哮喘）			A3b
• 腸胃或肝臟疾病（例如：發炎性腸道疾病、肝炎）			A3c
• 血液科疾病（例如：出血性疾病、曾接受凝血因子治療）			A3d
• 癌症			A3e
• 內分泌或代謝性疾病（例如：糖尿病、甲狀腺疾病）			A3f
• 腦神經疾病（例如：休克、腦癇症，俗稱癲癇或發羊吊）			A3g
• 精神科疾病			A3h
• 腎病、泌尿或生殖系統疾病（例如：腎炎、腎石或膀胱石）			A3i
• 免疫系統或風濕科疾病（例如：紅斑狼瘡、類風濕性關節炎）			A3j
4. 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）？			A4
5. 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或抗血小板藥物			A5a
• 非類固醇鎮痛藥物			A5b
• 治療脫髮的藥物			A5c
• 治療前列腺增生的藥物			A5d
• 治療暗瘡的藥物			A5e
6. 您是否曾有藥物過敏反應？如是，請列明：_____			A6
7. 此題只需女性作答：			
• 您現在是否懷孕？			A7a
• 您在過去十二個月內是否曾分娩或流產？			A7b
• 您是否曾接受不育治療？			A7c

愛滋病(人類免疫力缺乏症)、乙型及丙型肝炎感染風險評估		是	否	職員專用
8. 您是否確診或懷疑患有以下感染？				
• 愛滋病病毒感染/愛滋病（人類免疫力缺乏症）				B1a
• 乙型肝炎				B1b
• 丙型肝炎				B1c
9. 您是否曾服用任何治療愛滋病病毒感染的藥物？				
10. 您是否曾服用或注射任何預防愛滋病病毒感染的藥物 ¹ ？				
11. 在過去三個月期間，您是否曾				
• 進行紋身 ² 、針灸、穿耳、刺體或經由皮膚(如被刺傷)/傷口/黏膜接觸其他人的血液？				B3e
• 服用或注射毒品或非處方藥物？				B3d
以下問題內容涉及您的性行為 ³ 。				
在過去三個月期間，您是否曾				
• 與確診愛滋病病毒感染的人士進行性行為？				B4a
• 接受金錢、毒品或其他報酬而與別人進行性行為？				B4b
• 與接受金錢、毒品或其他報酬而進行性行為的人士進行性行為？				B4c
• 與服用或注射毒品或非處方藥物的人士進行性行為？				B4d
• 與新伴侶 ⁴ 或多過一名伴侶進行性行為，以及曾進行肛交？				B4g
• 此題只需男性作答： 與另一男性進行性行為？				B4e
• 此題只需女性作答： 與有雙性性行為的男性（即該男性曾與另一男性進行性行為）進行性行為？				B4f
12. 在過去十二個月期間，您是否曾				
• 被拘留於懲教所或監獄連續72小時或以上？				B4h

<p>備註：</p> <p>藥物¹ 包括暴露前預防性投藥 (PrEP) 及/或暴露後預防性投藥 (PEP)。</p> <p>紋身² 包括永久及半永久皮膚穿刺美容程序，如紋眉、飄眉、霧眉、紋眼線及紋唇等。</p> <p>性行為³ 指口交、陰道交或肛交，不論有否使用安全套。</p> <p>新伴侶⁴ 指與該名人士初次進行性行為；或於過去三個月內，與已結束性關係的人士，再次進行性行為。</p>

傳染病、疫苗接種及其他風險評估	是	否	職員專用
13. 在過去一星期內，您是否曾接受口腔治療（包括：洗牙、脫牙等）或 有任何皮膚創傷或皮膚病？			D1
14. 在過去兩星期內，您是否曾患有腹瀉、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？			D2
15. 在過去八星期內，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？			D3a
• 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？			D3b
16. 在過去六個月期間，您是否曾接受輸血？			B3b
17. 在過去十二個月期間，您是否曾			
• 被動物咬傷？			D5a
• 接受外科手術（包括內窺鏡檢查、使用導管作治療）？			D5b
18. 您是否曾接受器官或其他組織移植？			C4b
19. 您是否曾確診以下傳染病？			
• 細菌感染，例如：布魯氏菌感染、肺結核(俗稱肺癆)等			D6i
• 病毒感染，例如：基孔肯雅熱、登革熱、病毒性淋巴腺發熱、日本腦炎、猴痘、西尼羅河病毒感染等			D6j
• 原蟲感染，例如：巴貝氏蟲症、瘧疾、弓形蟲病、錐蟲病等			D6k
• 性病			D6b
• 其他，請列明：_____			D6h

其他風險因素評估	是	否	職員專用
20. 您是否曾使用其他姓名捐血？			E1
21. 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？			E2
22. 在過去三個月期間，您是否曾離開香港？如有，請列明 地點：_____ 回港日期（日/月/年）：_____			D4
23. 您是否曾於墨西哥、中美洲或南美洲連續居留四星期或以上？			E6
24. 您是否曾於香港以外的地方連續居留五年或以上？ 如有，請列明 居留地點：_____ 居留時段：_____			E3
25. 您今天是否會參與高危的運動？例如：攀山、潛水或飛行運動			E4
26. 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			E5

以下問題只需女性成分捐血者作答	是	否	職員專用
27. 您在過去是否曾分娩或流產？			F1

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) 當值護士姓名及簽名：_____

成分捐血適用：

捐血者捐贈血漿及血小板(成分捐血)同意書

本人茲同意參加香港紅十字會輸血服務中心之血漿及血小板捐贈計劃(即成分捐血)。有關成分捐血捐贈之原理、程序、目的及可能引致之危險(包括入針部位有瘀腫、疼痛或發炎，頭暈甚至昏倒，或因低血鈣而引致身體部份有短暫麻痺及/或肌肉抽筋的感覺)，已由輸血服務中心當值醫護人員向本人清楚解釋，本人完全明白。同時輸血服務中心醫護人員已解答了本人提出的問題(如有的話)。

捐血者簽署：_____

當值負責
醫護人員簽署：_____

姓名(請用正楷)：_____

職級：_____

日期：_____

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)

首次捐血人士須填寫下列各項個人資料

如不用更新通訊或聯絡資料，曾捐血人士只須填寫有 * 號的項目
我們日後或會透過電郵或短訊向您發出捐血呼籲。

DIN

*英文姓名		電郵地址	
*中文姓名		中文電碼 () () () ()	
*身份證號碼	()	通訊地址: (請以英文正楷填寫)	
*出生日期	(日) (月) (年)		
*手提電話		*性別	
*體重(公斤)		*身高(厘米)	

For Official Use Only (Put a ✓ in the appropriate box or * Circle where appropriate)

Drive ID: _____

Donor ID		Last Donation Date		CMV Positive / RARE / ND *	Blood Group (if known)
----------	--	--------------------	--	----------------------------	------------------------

Unique Visit Number		CBC		Vital Signs			
		Specimen collected by	Staff Badge & Signature	Temp	°C		
Hb Test 血紅素測試 <i>(Acceptable range 可接受捐血範圍)</i> [女士 F] 12.0 – 16.5 g/dL [男士 M] 13.0 – 18.0 g/dL		CBC Reading <i>(Acceptable range)</i>	WBC (3.0-15.0)	10 ³ /uL	BP	mmHg	
			Hb [F] (12.0 - 16.5)	g/dL	Pulse	/ min, Regular: Yes / No*	
			[M] (13.0 - 18.0)		R/C item	Reading	Time
			HCT (≤ 50.0)	%			
<input type="checkbox"/> Outranged <input type="checkbox"/> Acceptable <i>(Completed by Screening Nurse)</i>			PLT (150-400)	10 ³ /uL	Special Message Donation samples <input type="checkbox"/> Iron study (6000 – Ferritin) <input type="checkbox"/> Apheresis Registration (CBC + LFT) <input type="checkbox"/> LFT <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> Failed Hb - Iron (CBC + Ferritin) <input type="checkbox"/> Others:		
Hb Reading	g/dL <i>(Highlight heading when out of range)</i>	Analyzer No.	EIAUA	<input type="checkbox"/> New address/mobile/email* <input type="checkbox"/> Declaration (WIBCS202F1) <input type="checkbox"/> Parent Consent (WIBCS201F2)			
Test Time	:	Test Time	:				
Test performed by	Staff Badge & Signature	Test performed by	Staff Badge & Signature				
Procedure	<input type="checkbox"/> Req. 350 Whole Blood <input type="checkbox"/> W - 350ml <input type="checkbox"/> U - 350ml <input type="checkbox"/> W - 450ml <input type="checkbox"/> U - 450ml	Apheresis <input type="checkbox"/> C - Plasma only <input type="checkbox"/> P - Plasma & Platelet <input type="checkbox"/> B - Platelet only	Others <input type="checkbox"/> I - Autologous donation <input type="checkbox"/> R - Directed donation	Blood Pack Lot No.			
VP	Performed by	Arm	2% Lignocaine S.C.	Blood Unit Weigher Equipment No.	Start Time	Duration (min)	
1 st	In	Out	Lt / Rt *	<input type="checkbox"/> 0.2ml <input type="checkbox"/> 0.5ml	EIMIX	:	
2 nd	In	Out	Lt / Rt *	<input type="checkbox"/> 0.2ml <input type="checkbox"/> 0.5ml	EIMIX	:	
Draw Code			Volume collected <i>(For Apheresis Only)</i>	DIN Labels Used / Destroyed	1 st DIN (if any)		
<input type="checkbox"/> Phlebotomy Ok <input type="checkbox"/> I - Inadequate _____ ml <input type="checkbox"/> L - Low Volume _____ ml			<input type="checkbox"/> O - Over Collection _____ ml <input type="checkbox"/> 4 - Difficult Draw	Plasma _____ ml Platelet _____ ml	H1701		
Iron Supplement Dispensing Record [Doctor's Choice - Iron 50mg and Vitamin C 250mg / tablet] and compliance						Staff Badge & Signature	
1A Iron supplement given <input type="checkbox"/> 15 tablets [M] <input type="checkbox"/> 30 tablets [F] 1W Iron (Apheresis) <input type="checkbox"/> 15 tablets [M & F]		1B Donation with Tx given <input type="checkbox"/> 60 tablets [M & F] 1C Donation with THAL Tx given <input type="checkbox"/> 60 tablets [M & F]		1D Donation with Extra dose given <input type="checkbox"/> 60 tablets [M & F] 1E Trial <input type="checkbox"/> 30 tablets [M] <input type="checkbox"/> 60 tablets [F]		Iron Compliance: - 1 / 0 / 1 / 2 / 3 *	Dispensed by
Remark	Question No.	Code	Start Date	Comment (if any)	Additional screening	Health Screened By	
Deferral					<input type="checkbox"/> vCJD <input type="checkbox"/> PD < 18 Assessment	Deferred by	