



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。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
A1. 您今天是否覺得身體健康狀況適宜捐血？			A1
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？			A2
A3. 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、泌尿及生殖系統疾病(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
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)？			A4
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			A5a
• 非類固醇鎮痛藥			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
A6. 您是否曾有藥物過敏反應？如是，請列明：_____			A6
A7. 此題只需女性作答：			
• 您現在是否懷孕？			A7a
• 您在過去一年內是否曾分娩或流產？			A7b
• 您是否曾接受不育治療？			A7c

愛滋病 (後天免疫力缺乏症)、乙型及丙型肝炎感染風險評估	是	否	職員專用
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)			B1a
• 乙型肝炎			B1b
• 丙型肝炎			B1c
B2. 您是否曾服用任何治療愛滋病 (後天免疫力缺乏症) 病毒感染的藥物？			
B3. 在過去六個月期間，您是否曾			
• 進行紋身、針灸、穿耳、刺體或被刺傷等？ 紋身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。			B3a
• 接受輸血？			B3b
• 服用任何預防愛滋病 (後天免疫力缺乏症) 病毒感染的藥物？ 藥物包括暴露前預防性投藥 (PrEP) 及 / 或暴露後預防性投藥 (PEP)。			B3c
• 服用或注射毒品或非處方藥物？			B3d
B4. 以下問題內容涉及您的性行為。 性行為指口交、陰道交或肛交，不論有否使用安全套。 在過去六個月期間，您是否曾			
• 與確診愛滋病 (後天免疫力缺乏症) 病毒感染的人士進行性行為？			B4a
• 接受金錢或毒品而與別人進行性行為？			B4b
• 與接受金錢或毒品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
• 此題只需 <b>男性</b> 作答： 與另一男性進行性行為？			B4e
• 此題只需 <b>女性</b> 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

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達三個月或以上？			C1
C2. 於一九八零年一月一日至二零零一年十二月三十一日期間，			
• 您是否曾於法國或愛爾蘭居留累積達五年或以上？			C2
C3. 於一九八零年一月一日起，			
• 您是否曾於英國、法國或愛爾蘭接受輸血治療？			C3
C4. 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)？			C4a
• 接受器官或其他組織移植？			C4b

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？			D1
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、淋巴結脹大或皮膚紅疹等症狀？			D2
D3. 在過去四星期內，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
• 患有腹瀉？			D3c
D4. 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
D5. 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
D6. 您是否曾確診以下傳染病？			
• 瘧疾			D6a
• 性病			D6b
• 肺結核（俗稱肺癆）			D6c
• 病毒性淋巴腺發熱			D6d
• 登革熱			D6e
• 西尼羅河病毒感染			D6f
• 基孔肯雅熱			D6g
• 其他，請列明：_____			D6h

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？			E1
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？			E2
E3. 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
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			E4
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			E5

以下問題只需女性成分捐血者作答	是	否	職員專用
F1. 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  
當值護士姓名及簽名：\_\_\_\_\_

(請於醫護人員見證下才簽署)



**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 \_\_\_\_\_

本人不願意透過  電郵及/或  手機短訊 收取捐血活動宣傳及推廣資訊。**Donor Label  
or  
For Apheresis only**

HCT (%): \_\_\_\_\_

PLT (10<sup>3</sup>/uL): \_\_\_\_\_WBC (10<sup>3</sup>/uL): \_\_\_\_\_

Specimen collected by: \_\_\_\_\_

Staff Code: \_\_\_\_\_

**Unique Visit No.** Put a ✓ in the appropriate box  
\* Circle where appropriate**Blood Pack Lot No.****Donor Examination**Hb/CBC Test \_\_\_\_\_ Staff \_\_\_\_\_  
Performed By: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ mmHg P \_\_\_\_\_ /minHb/Counter Reading \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ g/dL Temp \_\_\_\_\_ °C  
(Highlight heading when out of range)

Hb/Counter Eq. No. \_\_\_\_\_ EIHMC: \_\_\_\_\_ EIAUA: \_\_\_\_\_

Time Hb/CBC tested \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hr.:min.

**Blood Unit Weigher Equipment No.:** EIMIX \_\_\_\_\_ / EICPP \_\_\_\_\_**Hand Held Sealer Equipment No.:** EITCS \_\_\_\_\_**No. of DIN Labels Used / Destroyed:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**For Official Use Only**

Drive ID: \_\_\_\_\_

**Remarks**Require new card I - Autologous Donation R - Directed Donation **Apheresis**C - Plasma only P - Plasma & Platelet B - Platelet only **Doctor's Choice**Iron 50mg and Vitamin C 250mg / tablet  
One tablet daily 15 tablets / 30 tablets\* Trial - 30 tablets / 60 tablets\* THAL Tx / Tx\* - 60 tablets

Dispensed By: \_\_\_\_\_

Staff Code: \_\_\_\_\_

**2% Lignocaine Injection**0.2ml  0.5ml  S.C.(1<sup>st</sup>) (2<sup>nd</sup>)

Time \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Staff code \_\_\_\_\_

**Blood Flow**

Start Time \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hr.:min.

End Time \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hr.:min.

Duration \_\_\_\_\_ min.

**Blood Pack (WB Donation)**Quadruple 450 Quadruple 350 **Volume Collected**O - Over Collection \_\_\_\_\_ ml L - Low Volume Unit \_\_\_\_\_ ml I - Inadequate Collection \_\_\_\_\_ ml 4 - Difficult Draw \_\_\_\_\_ ml **Special Message:**

Health Screened By:	Staff Code:	Access for Venepuncture:	Lt / Rt * (1 <sup>st</sup> )	Lt / Rt * (2 <sup>nd</sup> )	(1 <sup>st</sup> )	(2 <sup>nd</sup> )
Remark Code:	Start Date:	Accepted for Donation and Venepuncture By:			Staff Code:	
		Venepuncture Completed By:			Staff Code:	
Question No. & Deferral Code:	Start Date:	Comment:			Staff Code:	