



## แบบสอบถามสำหรับผู้บริจาคโลหิต

เพื่อความปลอดภัยของท่าน และความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่จะรับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และหากไม่มั่นใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัย กรุณางดบริจาคโลหิต

ภาพทั่วไป	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
1. ท่านรู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะบริจาคโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ท่านเคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (ไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ท่านเคยถูกเข็มที่เปื้อนเลือดตำ ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภายใน 6 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ท่านเคยป่วยเป็นโรคตับอักเสบ หลังอายุ 11 ปี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านมีโรคประจำตัว หรือเคยเป็นโรค (ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. คู่ของท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่านเป็นโรคตับอักเสบในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ท่านรับประทานยาปฏิชีวนะ(ยาฆ่าเชื้อ)ภายใน 7 วันที่ ผ่านมา ชื่อยา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ท่านเคยตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคตับอักเสบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านรับประทานยาแอสไพริน/ยาคลายกล้ามเนื้อ/ยาแก้ปวดข้อ/หรือยาอื่นในกลุ่มเดียวกัน..... ภายใน 2 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ท่านเคยป่วยเป็นโรคมัลเรีย ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ท่านมีการใช้ ยา /สมุนไพร /อาหารเสริมที่มีไบโอดีน เป็นส่วนประกอบเป็นประจำ..... ได้แก่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ท่านเคยเข้าไปในพื้นที่ที่มีเชื้อมาเลเรียชุกชุม ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ท่านดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ท่านเคยป่วยเป็นโรคไขหวัดใหญ่/ไขเลือดออก/โรคซิคุนคุนยา/โรคไข้กาฬหรือโรคโควิด-19 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ท่านเคยบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา..... โปรดระบุ <input type="radio"/> กระแสโลหิต <input type="radio"/> ไชกระดุก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ท่านเคยได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ..... ระบุวัคซีน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>การตั้งครรภ์ / คลอดบุตร</b>			31. ท่านได้รับเซรุ่มภายใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ท่านเคยตั้งครรภ์ หรือแท้งบุตรมาก่อน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ท่านเคยมีประวัติเสพยาเสพติด.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ท่านอยู่ในช่วงตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. ท่านเคยถูกควบคุมตัวหรือจองจำในเรือนจำติดต่อกันเกิน 72 ชั่วโมง ใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ท่านคลอดบุตร หรือแท้งบุตรภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ท่านเคยมีน้ำหนักลด มีไข้ มีต่อมน้ำเหลืองโตโดยไม่ทราบสาเหตุ ในระยะเวลา 3 เดือน ที่ผ่านมา หรือเคยตรวจพบว่ามีเชื้อเอชไอวี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ประวัติด้านเพศสัมพันธ์</b>			35. ช่วงพ.ศ. 2523 - 2539 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศเหล่านี้ เป็นเวลาสะสม..... มากกว่า 3 เดือน อังกฤษ ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ เวลส์.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. สำหรับ เพศชาย :ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับชาย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ช่วงพ.ศ. 2523 - 2544 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศส และไอร์แลนด์..... เป็นระยะเวลาสะสมมากกว่า 5 ปี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ท่านหรือคู่ของท่านมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่ของตนเอง..... ผู้ขายบริการ/ ผู้เสพยาเสพติด/ ผู้ที่อาจติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ท่านมั่นใจว่าโลหิตของท่านมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ท่านเคยใช้ยารักษาหรือป้องกันโรคเอชไอวี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>ประวัติความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ</b>			<b>คำรับรองผู้บริจาคโลหิต</b>		
16. ท่านอดสูบบุหรี่ ภายใน 3 วันที่ผ่านมา/ถอนพิษ/รักษารากฟันภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและการตอบคำถามตามความจริง ข้าพเจ้ามั่นใจว่าโลหิตของข้าพเจ้า ปลอดภัยต่อผู้ป่วย และรับทราบว่าโลหิต ต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อ ซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบบี, ซี และ เอชไอวี ก่อนจะนำไปใช้ทางการแพทย์ ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับโรงพยาบาลราชบุรี นำไปใช้ ประโยชน์ในงานบริการโลหิต หรืองานวิจัยทางการแพทย์ด้วยความสมัครใจ ครั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและโอกาสเกิดผลข้างเคียงของการบริจาคโลหิตแล้วและยินดีที่จะบริจาคโลหิตครั้งนี้ กรณีที่เกิดผลเลือดผิดปกติสามารถแจ้งให้มาตรวจซ้ำโดยวิธี <input type="checkbox"/> ส่งจดหมาย <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....		
17. ท่านท้องเสีย ท้องร่วงภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. ท่านเคยเจาะหู เจาะผิวหนัง สัก ลบรอยสัก ฟังเข็ม 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"/>			
			ลงชื่อผู้บริจาคโลหิต.....		