

เกณฑ์อายุในการบริจาคโลหิต

14/10/02/68

หน้าที่ 1 / 2

- บริจาคโลหิตรวม อายุ 17-70 ปี ครั้งแรก อายุไม่เกิน 60 ปี กรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ปกครองต้องเซ็นยินยอม ผู้บริจาคประจำ อายุ 65-70 ปี ต้องผ่านการประเมินเพิ่มเติม
- บริจาคโลหิตเฉพาะส่วน อายุ 18-60 ปี ครั้งแรกอายุไม่เกิน 50 ปี และต้องเคยบริจาคโลหิตรวมมาก่อนภายใน 1 ปี

- บริจาคโลหิตครั้งแรก       บริจาคครั้งสุดท้ายนานกว่า 2 ปี       บริจาคโลหิตประจำ (ครั้งล่าสุดภายใน 2 ปี)
- บริจาคโลหิตทดแทนให้กับผู้ป่วย ชื่อ.....โรงพยาบาล.....

- สำหรับผู้ที่เคยบริจาคโลหิต บริจาคโลหิตครั้งสุดท้ายที่  โรงพยาบาลราชบุรี  ที่อื่นๆระบุ.....
- ครั้งที่ผ่านมาท่านได้บริจาค  โลหิตทั่วไป  บริจาคเกล็ดโลหิต  อื่นๆระบุ.....
  - ปัญหาในการบริจาคครั้งที่ผ่านมา  ไม่มีปัญหา  มีปัญหา ระบุ.....

เลขบัตรประชาชน --- วันที่บริจาคโลหิต..... เดือน.....

พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี น้ำหนัก.....ก.ก.

เพศกำเนิด (ตามสูติบัตร)  เพศหญิง  เพศชาย

เพศสภาพ (จิตใจความรู้สึก)  ผู้หญิง  ผู้ชาย  ผู้หญิงข้ามเพศ (transwoman)  ผู้ชายข้ามเพศ (transman)

สถานที่ติดต่อได้  ที่อยู่เดิม (เฉพาะผู้ ที่เคยบริจาคกับโรงพยาบาลราชบุรี และไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ )

ที่อยู่ปัจจุบัน

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก (โปรดระบุ)..... E-Mail address .....

สำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลราชบุรี โปรดระบุ กลุ่มงาน/งาน .....เบอร์โทรหน่วยงาน.....

อาชีพ  ข้าราชการ, พนักงานรัฐวิสาหกิจ ,ทหาร,ตำรวจ  ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย  พนักงานบริษัท /รับจ้าง/  เกษตรกร

นักเรียน,นักศึกษา  พระภิกษุ , สามเณร  อื่นๆ.....

คำยินยอมผู้ปกครองกรณีผู้บริจาคโลหิต อายุต่ำกว่า 18 ปี

ข้าพเจ้าอนุญาตให้ ..... บริจาคโลหิตให้กับโรงพยาบาลราชบุรี  
 ลงชื่อบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง.....  
 (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล

Donor DN	Donor ID ครั้งที่	Bag No	หมู่โลหิต	Rh

ถุงเจาะเก็บโลหิต  Double Bag 350  Double Bag 450  Quadruple Bag  Reveos NLR  SDP

การเจาะเก็บโลหิต ระยะเวลา  < 12 นาที  > 12 นาที

ไม่มีปัญหา  มีปัญหา .....

อาการแทรกซ้อน  ไม่มี  มี.....

บันทึกเพิ่มเติม.....

ผู้ประเมินและบันทึกผลการตรวจร่างกายใน LIS.....  
 ผู้จัดเตรียมถุงเลือด.....  
 ผู้ตรวจสอบก่อนบริจาคโลหิต.....  
 ผู้เจาะเก็บโลหิต.....  
 ผู้ตรวจสอบหลังเจาะเก็บ.....  
 ผู้บันทึกอาการแทรกซ้อน (ถ้ามี).....

แบบสอบถามสำหรับผู้บริจาคโลหิต

เพื่อความปลอดภัยของท่าน และความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่จะรับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และหากไม่มั่นใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัย กรุณางดบริจาคโลหิต  
 สำหรับผู้สัมภาษณ์ การพิจารณาต้องใช้ร่วมกับคู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคโลหิต ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

สุขภาพทั่วไป ท่าน.....	ใช่	ไม่ใช่
1. รู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะบริจาคโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (ไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภายใน 6 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. มีโรคประจำตัว หรือเคยเป็นโรค (ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. รับประทานยาปฏิชีวนะ(ยาฆ่าเชื้อ).....ภายใน 7 วันที่ ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. รับประทานยาแอสไพริน/ยาคลายกล้ามเนื้อ/ยาแก้ปวดข้อ/หรือยาอื่นในกลุ่มเดียวกันภายใน 2 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ใช้น้ำ หรือ สมุนไพร หรือ อาหารเสริม ได้แก่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ตีมีแอลกอฮอล์ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. เคยบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โปรดระบุ <input type="radio"/> กระแสโลหิต <input type="radio"/> ไชโรกระดูก		
<b>การตั้งครรภ์ / คลอดบุตร ท่าน.....</b>		
10. เคยตั้งครรภ์ หรือแท้งบุตรมาก่อน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. อยู่ในช่วงตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. คลอดบุตร หรือแท้งบุตรภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ประวัติด้านเพศสัมพันธ์</b>		
13. เพศวิถี (พฤติกรรมทางเพศ)ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ <input type="radio"/> มีเพศสัมพันธ์กับเพศกำเนิดตรงข้าม <input type="radio"/> มีเพศสัมพันธ์กับเพศกำเนิดเดียวกัน <input type="radio"/> ไม่มีเพศสัมพันธ์ <input type="radio"/> อื่นๆ.....		
14. ท่านหรือคู่ของท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับ :ผู้ที่ไม่ใช่คู่ของตน /ผู้ที่ทำงานบริการทางเพศ/ผู้เสพยาเสพติด /ผู้ที่อาจติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. เคยใช้ยารักษาหรือป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ประวัติความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ ท่าน.....</b>		
16. อุดฟัน ขูดหินปูน ภายใน 3 วันที่ผ่านมา/ถอนฟัน/รักษาโรคฟันภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ท้องเสีย ท้องร่วงภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ทำหัตถการเสริมความงามผ่านผิวหนังทุกชนิด ได้แก่ เจาะหู สัก ลบสัก ผิวงัดฉีด สารต่างๆ และอื่นๆ ภายใน 4 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ได้รับการผ่าตัดเล็ก ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. เจ็บป่วยและได้รับโลหิต หรือส่วนประกอบโลหิต ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
23. ถูกเข็มที่เปื้อนเลือดตำ ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. เคยป่วยเป็นโรคตับอักเสบ หลังอายุ 11 ปี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. คู่ของท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่านเป็นโรคตับอักเสบในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. เคยตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคตับอักเสบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. เคยป่วยเป็นโรคมาเลเรีย ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. เคยเข้าไปในพื้นที่ที่มีเชื้อมาเลเรียชุกชุม ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. เคยป่วยเป็นโรคไขหวัดใหญ่/โรคไขเลือดออก/โรคซิคุนคุนยา/โรคไข้ชิก้าหรือโรคโควิด- 19 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ระบุวัคซีน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ได้รับเซรุ่มภายใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. เคยมีประวัติเสพยาเสพติด.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. เคยถูกควบคุมตัวหรือจองจำในเรือนจำติดต่อกันเกิน 72 ชั่วโมง ใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. เคยมีน้ำหนักรีด มีไข้ มีต่อมน้ำเหลืองโตโดยไม่ทราบสาเหตุ ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ช่วงพ.ศ. 2523 - 2539 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศเหล่านี้ เป็นเวลาสะสม มากกว่า 3 เดือน อังกฤษ ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ เวลส์.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ช่วงพ.ศ. 2523 - 2544 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศส และไอร์แลนด์ เป็นระยะเวลาสะสมมากกว่า 5 ปี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ท่านมีแผลหรือผื่นบนร่างกายหรือไม่ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ท่านมั่นใจว่าโลหิตของท่านมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและการตอบคำถามตามความจริง และมั่นใจว่าโลหิตของข้าพเจ้าปลอดภัยต่อผู้ป่วย                  ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับ โรงพยาบาลราชบุรี นำไปใช้ประโยชน์ในงานบริการโลหิต หรืองานวิจัยทางการแพทย์ด้วยความสมัครใจ และรับทราบว่าโลหิต ต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อ ซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบบี, ซี และ เอชไอวี                  ข้าพเจ้ารับทราบถึงวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวม ประมวลผล ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการวิจัยทางการแพทย์และ งานบริการโลหิต รวมถึงการใช้ภาพถ่ายเพื่อชั่งตวงวัด ความถูกต้อง ในขั้นตอนการบริจาคโลหิต อย่างครบถ้วนแล้ว และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับหน่วยงานอื่นๆในสังกัดสภากาชาดไทย                  ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและโอกาสเกิดผลข้างเคียงของการบริจาคโลหิตแล้วและยินดีที่จะบริจาคโลหิตในครั้งนี้</p>		
<p>ลงชื่อผู้สมัครบริจาคโลหิต.....วันที่.....</p>		
<p>เจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์คัดกรอง.....</p>		