

مركز دبي للتبرع بالدم
الاستبيان الطبي للمتبرعين بالدم

الاسم: الجنس: تاريخ الميلاد: الجنسية:

الوظيفة: رقم الهوية / الرخصة: العنوان:

رقم الهاتف (المتحرك): رقم الهاتف (العمل): البريد الإلكتروني:

مكان التبرع رقم بطاقة التبرع: (يتطلب بطاقة: نعم لا)

التبرع بالدم التبرع بالصفائح الدموية

رقم وحدة الدم

متبرع لأول مرة متبرع منتظم التبرع لمريض من الأقارب

التبرع للأقارب: رقم البطاقة الصحية للمريض:

أسم المستشفى:

Hb	gm/dl	B.P	mmHg	Pulse	/min	Temperature	°C
----	-------	-----	------	-------	------	-------------	----

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

لا	نعم	
		1. هل تشعر أنك بحالة صحية جيدة اليوم؟
		2. هل تتبرع بالدم لغرض إجراء فحص الإيدز؟
		3. هل قرأت وفهمت النشرات التثقيفية الخاصة بالتبرع بالدم؟
		4. هل تناولت الكحول خلال الـ 12 ساعة السابقة؟
		5. هل تم تأجيل تبرعك أو رفضه سابقاً لأي سبب؟
		6. هل تخضع حالياً لأي نوع من العلاج (مضاد حيوي)؟
		7. هل تناولت الأسبرين أو دواء يحتوي على الأسبرين خلال الـ 36 ساعة الماضية؟
		8. هل زرت طبيب الأسنان خلال الـ 72 ساعة الماضية؟
		9. هل تبرعت بالدم أو صفائح الدموية أو البلازما خلال الـ 3 أشهر الماضية؟
		خلال الـ 12 شهراً الماضية
		10. هل أخذت أي حقن أو تطعيمات؟
		11. هل نقل لك دم أو أجريت لك عملية زراعة عضو أو نسيج أو نخاع عظم؟
		12. هل أصابك مرض شديد أو أجريت لك عملية جراحية؟
		13. هل أجري لك وخزات بالجلد أو وشم؟
		14. هل تعرضت لوخزة إبرة دون قصد؟
		15. هل أصبت بمرض السيلان أو السفلس أو أخذت علاجاً لأي منهما؟ (في حالة عدم معرفتك بهذه الأمراض يرجى الاستعانة بممرضة القسم)
		16. هل تم حجزك في مركز الشرطة أو إيداعك في السجن لأكثر من 72 ساعة؟
		من عام 1980 وحتى آخر 1996
		17. هل سبق أن أقيمت 3 أشهر أو أكثر في المملكة المتحدة (بريطانيا)؟
		من عام 1980 وحتى الوقت الحاضر
		18. هل سبق أن أقيمت 5 سنوات أو أكثر في أوروبا؟
		19. هل نقل لك دم في المملكة المتحدة (بريطانيا) أو فرنسا؟

مركز دبي للتبرع بالدم
الاستبيان الطبي للمتبرعين بالدم

لا	نعم	
أسئلة عن السفر		
		20. هل سافرت خلال الـ 12 شهراً الماضية؟ لأي بلد؟
		21. هل زرت بلداً انتشر فيه وباء حمى غرب النيل خلال الـ 6 أشهر الماضية؟ (تساعدك الممرضة في التعرف على هذه البلدان)
أسئلة صحية عامة		
		22. هل أصبت بمرض الكبد الوبائي، الملاريا، حمى غرب النيل أو مرض شagas؟ (في حالة عدم معرفتك بهذه الأمراض يرجى الاستعانة بممرضة القسم)
		23. هل سبق أن أعطيت أدوية عوامل تخثر الدم أو هرمون الغدة النخامية؟
		24. هل أصبت بمرض السرطان، مرض نزف الدم، أنيميا القول أو الثلاسيميا؟
		25. هل أصيب أحد من أقربائك بمرض جنون البقر؟
		26. هل تعاني من أي الأمراض التالية (السكري، ارتفاع الضغط، النقرس، السل، الصرع، مرض في القلب أو الرئة)؟
		27. للمتبرعات: هل كنت حاملاً خلال الستة أشهر الماضية وهل أنت حامل الآن؟
أسئلة خاصة		
		28. هل سبق أن كانت نتيجة الكشف عن فيروس الأيدز لديك إيجابية؟
		29. هل سبق أن أقيمت علاقة جنسية مقابل مبلغ مالي أو عقاقير؟
		30. للذكور: هل سبق أن أقيمت علاقة جنسية مع ذكر آخر؟
		31. هل سبق أن استعملت حقناً (إبر) لأخذ عقاقير أو هرمونات دون وصفة طبية؟
		32. هل كان لك علاقة جنسية مع شخص ولد أو سكن في دولة أفريقية؟
		33. خلال الـ 12 شهراً الماضية هل أقيمت علاقة جنسية مع شخص
		• مصاب بمرض الأيدز أو التهاب الكبد الوبائي
		• مصاب بمرض الهيموفيليا أو تناول عوامل التخثر المركزة لهذا المرض
		• عاش مع شخص آخر مصاب بالتهاب الكبد الوبائي
		• استعمل الإبر (الحقن) لأخذ عقاقير أو هرمونات دون وصفة طبية
		* للمتبرعات: هل سبق أن أقيمت علاقة جنسية مع ذكر كان قد أقام علاقة جنسية مع ذكر آخر؟
		34. هل تدرك انه إذا كنت مصابا بمرض الأيدز فإنك قد تنقله لشخص آخر و إن كانت نتيجة فحص المرض لديك سلبية؟
		35. هل تعلم أنه يتم إبلاغ هيئة الصحة بدبي بجميع نتائج فحوص الكشف عن الأيدز الإيجابية المؤكدة؟

عزيزي المتبرع: إن الأمانة التامة في الإجابة على كل الأسئلة هي مهمة جداً لسلامة المريض أو المرضى الذين سيُنقل لهم دمك. إن المعلومات التي وردت في إجاباتك ستعامل بسرية تامة. إذا لم تكن مستعداً للإجابة على هذه الأسئلة يحق لك أن تمتنع عن ذلك و حينها تنسحب من عملية التبرع. إذا أدركت بعد التبرع أن لا ينبغي علينا استخدام دمك نرجوا أن تقوم بإعلامنا فوراً و لكن سنقوم بالاختبارات و الفحوصات المخبرية اللازمة حسب الإجراءات التي يتبعها المركز.

الموافقة المكتوبة:

أقر، أنا الموقع أدناه بأنني أتبرع بدمي أو مكوناته لبنك الدم التابع لهيئة الصحة بدبي بمحض إرادتي. و أوافق بهذا على أن يقوم المركز باستعمال ذلك الدم أو أي جزء منه للأغراض العلمية والطبية وبأي طريقة يراها مناسبة. كما أدرك أن الفحوصات والإجراءات التي يتبعها المركز في جمع الدم أو مكوناته معترف بسلامتها، ومن ثم فإنني أعفي مركز التبرع بالدم وجميع العاملين به من جميع المضاعفات غير المتوقعة والنتيجة عن هذا التبرع. وأقر أيضاً بأنني اطّلت على المواد التثقيفية الخاصة بالتبرع وفهمتها، وحسب علمي، فإنني لست من الأشخاص الذين يحملون خطر نقل مرض الأيدز أو أية أمراض معدية أخرى. توقيع المتبرع:..... التاريخ:.....

شكراً لتبرعك بالدم هذا اليوم!

Signature of nurse:.....	Sig of phlebotomist:	Reviewed by:.....
Date:.....Time:.....	Date:.....Time:.....	Date:.....

للمزيد من المعلومات:
مركز دبي للتبرع بالدم
مستشفى لطيفة
ص.ب. 9115، دبي- الإمارات
هاتف 0097142193221
فاكس 0097142193566
Dubai Blood Donation Centre فيسبوك