

条码粘贴处

入库志愿者登记表

条码粘贴处

姓 名											性别		出生日期										
证件类型		证件号码																					
民 族		籍 贯											国 籍		学 历								
户籍所在地													邮 编										
经常居住地													邮 编										
工作单位/学校													职 业										
单位/学校地址													邮 编										
单位/学校电话											手 机												
固定电话											QQ 号												
E-mail											微信号												
无偿献血次数		身高(cm)											体重(kg)										
												血 型											

与我本人联系不上时，可以请下列两位亲友转告：

亲友一

姓 名		关系	1. 父母 2. 兄弟姐妹 3. 配偶 4. 子女 5. 其他亲属 6. 朋友									
联系地址												
手 机		微信号										
备 注												

亲友二

姓 名		关系	1. 父母 2. 兄弟姐妹 3. 配偶 4. 子女 5. 其他亲属 6. 朋友									
联系地址												
手 机		微信号										
备 注												

中国造血干细胞捐献者资料库
(中华骨髓库)

入库志愿者同意书

我了解：①通过造血干细胞移植可以治疗人体造血系统及免疫系统的严重疾病，如白血病、恶性淋巴瘤等。②捐献造血干细胞是自愿、无偿的人道主义善举。③采集造血干细胞安全、科学、无损健康。

我清楚：①中华骨髓库仅将我捐献的样本及造血干细胞用于造血干细胞移植相关工作，不会将其用于商业用途。②中华骨髓库会为我个人隐私和个人资料保密。

我坚定：①我将如实准确地提供个人健康资料并到指定地点留取样本。②一旦患者需要，我将竭尽全力为等待移植的患者捐献造血干细胞，并做好为其二次捐献造血干细胞或淋巴细胞的准备，以挽救其生命。

我承诺：①在造血干细胞采集计划制定之后，我将不再改变捐献意愿，以免危及患者生命。②如联系地址或电话变更，我会及时告知中华骨髓库。

入库志愿者签名：

年 月 日

感谢您志愿加入中国造血干细胞捐献者资料库，请回答以下问题：

- 您的家人是否知道您志愿捐献造血干细胞？ ☐知道 ☐不知道
- 如果一位患者与您的HLA（人类白细胞抗原）相合，您会怎么做？
☐义无反顾捐献 ☐再了解一下相关知识 ☐还要听家人意见
- 如家人反对您捐献造血干细胞，您将：
☐根据家人态度决定不捐 ☐说服家人，争取理解 ☐救人为先，坚持捐献
(注：如果选择“还要听家人意见”或“根据家人态度决定不捐”，请放弃。)
- 您是否愿意捐献血小板体验造血干细胞采集过程？
☐同意 ☐不同意

入库志愿者健康状况征询表

1. 您是第一次报名登记吗? 是 () 否 ()
2. 您的年龄在18-45岁之间? 是 () 否 ()
3. 您的健康状况良好? 是 () 否 ()
4. 您已了解造血干细胞捐献的全过程? 是 () 否 ()

符合以上条件者, 请继续回答下列问题:

(回答下列问题, “是”请在□内划√, “否”则划×)

- ☐ 1. 您是否患有呼吸系统疾病? 如慢性支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘、肺气肿、肺功能不全等。
- ☐ 2. 您是否患有循环系统疾病? 如各种心脏病、高血压病、低血压、四肢动脉粥样硬化、血栓性静脉炎等。
- ☐ 3. 您是否患有消化系统疾病? 如慢性胃肠炎、较重的胃及十二指肠溃疡、慢性胰腺炎、非特异性溃疡性结肠炎等。
- ☐ 4. 您是否患有泌尿系统疾病? 如急慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、肾病综合征、慢性泌尿道感染以及急慢性肾功能不全等。
- ☐ 5. 您是否患有血液系统疾病? 如贫血(缺铁性贫血、巨幼红细胞性贫血治愈者除外)、真性红细胞增多症、粒细胞缺乏病、白血病、淋巴瘤及各种出血、凝血性疾病。
- ☐ 6. 您是否患有内分泌系统疾病及代谢障碍疾病? 如脑垂体及肾上腺疾病、甲状腺功能性疾病、糖尿病、肢端肥大症等。
- ☐ 7. 您是否患有免疫系统疾病? 如系统性红斑狼疮、皮炎、硬皮病、类风湿性关节炎、大动脉炎等。
- ☐ 8. 您是否患有慢性皮肤病? 特别是传染性、过敏性及炎症性全身性皮肤病, 如黄癣、广泛性湿疹及全身性牛皮癣等。
- ☐ 9. 您是否患有过敏性疾病或反复发作过敏? 如经常性荨麻疹等、支气管哮喘、药物过敏等。
- ☐ 10. 您是否患有神经系统疾病? 如脑血管病、脑炎、脑外伤后遗症、癫痫等, 以及有惊厥病史或反复晕厥发作史。

- ☐ 11. 您是否患有精神疾病? 如抑郁症、躁狂症、精神分裂症、癔病等。
- ☐ 12. 您是否患有克-雅(Creutzfeldt-Jakob)病患者及有家族病史, 或接受可能是来源于克-雅病原体感染的组织或组织衍生物(如硬脑膜、角膜、人垂体生长激素等)治疗?
- ☐ 13. 您是否患有恶性肿瘤或影响健康的良性肿瘤?
- ☐ 14. 您是否患有传染性疾病? 如病毒性肝炎、获得性免疫缺陷综合征(AIDS, 艾滋病)、麻风病及性传播疾病等。
- ☐ 15. 您是否患有结核病? 如肺结核、肾结核、淋巴结核或骨结核等。
- ☐ 16. 您是否患有寄生虫及地方病? 如血吸虫病、丝虫病、克山病或大骨节病等。
- ☐ 17. 您是否患有某些职业病? 如放射线疾病、尘肺、矽肺及有害气体、有毒物质所致的急、慢性中毒等。
- ☐ 18. 您是否使用某些药物? 如长期使用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、精神类药物; 既往或现有药物依赖、酒精依赖或药物滥用。
- ☐ 19. 您是否易感染经血传播疾病的高危人群, 如有吸毒史、男男性行为和多个性伴侣等。
- ☐ 20. 您是否曾接受过异体移植? 包括接受组织、器官移植。如脏器、皮肤、角膜、骨骼、硬脑膜移植等。
- ☐ 21. 您是否曾接受过胃、肾、脾、肺等重要内脏器官切除手术?
- ☐ 22. 您是否曾使受血者发生过与输血相关的传染病?
- ☐ 23. 您是否患有医护人员认为不适宜献血的其他疾病?

注: 如果有以上疾病中的任何一种, 请放弃加入。

我今天捐出的样本及配型成功后捐献的造血干细胞将用于救治患者, 所填写的信息将关系到我的健康以及患者的安全, 我承诺, 所有信息真实无误。

我知道, 填表留取样本后7天内是静思期, 如果改变了捐献造血干细胞的意愿, 我会及时与中华骨髓库河南省分库联系, 不再检测我的样本。

入库志愿者签名:

年 月 日