



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

กรมประชาสัมพันธ์
รับที่ 24124
วันที่ ๑๑ มิ.ย. ๒๕๕๒ ๑๔:๒๒น.

ที่ ว. 7164 / 2552

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
ถนนอังรีดูนังต์ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 มิถุนายน 2552

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงใบสมัครผู้บริจาคโลหิต

① เรียน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครผู้บริจาคโลหิต และหนังสือยินยอมของผู้ปกครอง/ผู้ให้คำยินยอมให้บริจาคโลหิต
จำนวน 1 ชุด

ด้วย ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มีหน้าที่ในการจัดหาโลหิตจากการบริจาคให้ได้มากที่สุด ศูนย์บริการโลหิตได้คำนึงถึงความสะดวกในการกรอกเอกสารของผู้บริจาคโลหิต ในการคัดกรองโลหิตของผู้บริจาคโลหิตด้วยตนเอง ศูนย์บริการโลหิตจึงได้เพิ่มเติม และเปลี่ยนแปลงใบสมัครผู้บริจาคโลหิตใหม่ (ตามเอกสารแนบ) โดยผู้บริจาคโลหิตที่มีอายุ 17 ปี ที่มีความประสงค์จะบริจาคโลหิต ต้องกรอกหนังสือยินยอมของผู้ปกครอง/ผู้ให้คำยินยอมให้บริจาคโลหิต (สามารถ Download ได้ที่ www.blooddonationthai.com) แนบมาพร้อมกับใบสมัครผู้บริจาคโลหิต โดย ศูนย์บริการโลหิตได้เริ่มใช้เอกสารฉบับดังกล่าวเมื่อวันที่ 6 เมษายน 2552 ที่ผ่านมา

ทั้งนี้หากท่านมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ-สอบถามได้ที่ฝ่ายประชาสัมพันธ์และจัดหาผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หมายเลขโทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1770, 1771 และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

ปิรดาจอนต์ พิภพสถิต

(แพทย์หญิงสร้อยสอางค์ พิภพสถิต)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย ② ที่ นร 0201.01/ว 1334

ฝ่ายประชาสัมพันธ์และจัดหาผู้บริจาคโลหิต

โทรศัพท์ 0-2252-1637 หรือ 0-2263-9600 ต่อ 1770, 1771

โทรสาร 0-2252-1601

เรียน ผอ.สำนัก, ผอ.กองและหัวหน้าหน่วยงาน
เพื่อโปรดทราบ

ทศนีย์ ไตรอรุณ
(นางทศนีย์ ไตรอรุณ)

ลกน.

22 มิ.ย. 2552

[Handwritten mark]



หนังสือยินยอมของผู้ปกครอง/ผู้ให้คำยินยอมให้บริจาคโลหิต
สำหรับผู้บริจาคโลหิตอายุ 17 ปี

- การบริจาคโลหิตเพื่อช่วยชีวิตผู้อื่น ทุกศาสนาทือว่า เป็นบุญกุศลที่ยิ่งใหญ่ สังคมยกย่องและเชิดชูผู้บริจาคโลหิต เมื่อมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคและภาวะต่างๆที่ต้องใช้โลหิต ซึ่งไม่สามารถทดแทนด้วยสิ่งใดได้ จำเป็นต้องได้มาจากผู้บริจาคโลหิตที่มีใจเป็นกุศลเท่านั้น
- ผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง อายุระหว่าง 17-70 ปี ถ้าผ่านเกณฑ์คัดเลือกผู้บริจาคโลหิตแล้ว สามารถบริจาคโลหิตได้โดยปลอดภัย สำหรับผู้ที่อายุ 17 ปี ต้องได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองทุกครั้ง จึงจะบริจาคโลหิตได้
- ถ้าผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ผู้บริจาคโลหิตแล้ว การบริจาคโลหิตแต่ละครั้ง มีปริมาณเพียง 12 - 15% ของโลหิตในร่างกาย ซึ่งไม่ก่อให้เกิดผลเสียใดๆ ต่อผู้บริจาค ทั้งนี้ผู้บริจาคจะได้รับการตรวจคัดกรองทางด้านการแพทย์ก่อนทุกครั้งที่จะบริจาคโลหิต
- ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการจัดหาโลหิตที่ปลอดภัย ให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยทั่วประเทศ ต้องการการสนับสนุนจากทุกท่านที่ช่วยกันบริจาคโลหิต และขอขอบคุณทุกท่านที่มีกุศลจิตในการบริจาคโลหิตเพื่อช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์

หนังสือยินยอมให้บริจาคโลหิต สำหรับผู้บริจาคโลหิตอายุ 17 ปี

ข้อมูลผู้บริจาคโลหิต

ชื่อ-นามสกุล (ชัดเจน)..... อายุ.....ปี.....เดือน
วันเกิด...../...../.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
สถานศึกษา.....

ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้ให้คำยินยอม

ชื่อ-นามสกุล (ชัดเจน).....
ที่อยู่/สถานที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์.....E-mail.....
มีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้บริจาคโลหิต ซึ่งอยู่ในอำนาจการปกครองของข้าพเจ้าตามกฎหมาย
ซึ่งข้าพเจ้ายินยอมให้ (นาย,นางสาว).....
บริจาคโลหิตกับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ด้วยความสมัครใจ และไม่เรียกร้องหากเกิดกรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้ให้คำยินยอม
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้บริจาคโลหิตควรทราบ

- อายุ 17 ปีบริบูรณ์ น้ำหนักไม่ต่ำกว่า 45 กิโลกรัม
- รับประทานอาหารประจำมื้อ ดื่มน้ำสะอาดไม่น้อยกว่า 4-5 แก้วก่อนบริจาคโลหิตครึ่งชั่วโมง
- หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน 3-4 ชั่วโมงก่อนบริจาคโลหิต
- ไม่มีอาการเป็นไข้ ไม่สบาย หรือเจ็บคอ

ผู้บริจาคโลหิตกรุณาขีดเครื่องหมาย ในช่อง ตามความเป็นจริง

หน้า 2

เพื่อความปลอดภัยของตัวท่านเอง และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะรับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และหากไม่มั่นใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัย กรุณางดบริจาคโลหิต

หมวดที่ 1 (เฉพาะสุภาพสตรี)

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. อยู่ในระยะให้นมบุตร..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. คลอดบุตร หรือแท้งบุตร ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

หมวดที่ 2

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. ท้องเสีย ท้องร่วง ภายใน 7 วันที่ผ่านมา..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. น้ำหนักลดอย่างรวดเร็วในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ทราบสาเหตุ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูนและรักษารากฟันภายใน 3 วันที่ผ่านมา..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ภายใน 6 เดือน หรือผ่าตัดเล็ก ภายใน 7 วันที่ผ่านมา (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. มีอาการมีนเมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรืออื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. เคยมีประวัติติดยาเสพติด หรือเพิ่งหันโทษ ในระยะ 3 ปี..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. เคยเจ็บป่วยต้องรับโลหิตของผู้อื่นในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. เข้าไปในพื้นที่ที่มีเชื้อมาลาเรียชุกชุมในระยะ 1 ปีหรือ ป่วยเป็น มาลาเรียในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ..... | | |
| 12.1 ท่านมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่ของท่าน..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.2 ท่านมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (ตอบเฉพาะเพศชาย)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.3 คู่ของท่านมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.4 คู่ของท่านมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน(ตอบเฉพาะเพศหญิงที่มีคู่เป็นชาย)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. เคยเจ็บป่วยต้องรับโลหิตของผู้อื่นที่ประเทศอังกฤษ ในระหว่าง ปีพ.ศ. 2523-2539..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. เคยพำนักอยู่ที่ประเทศอังกฤษ ในระหว่างปี พ.ศ.2523-2539 เป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

หมวดที่ 3

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 15. อยู่ในระหว่างมีรอบเดือน (เฉพาะสุภาพสตรี)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. สุขภาพสมบูรณ์และพักผ่อนเพียงพอ พร้อมทั้งจะบริจาคโลหิต..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. เพิ่งรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภายใน 6 ชม..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. รับประทานยาแอสไพริน ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวดข้อหรือ ยาอื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. รับประทานยาแก้อักเสบ หรือยาอื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. เคยเป็นโรคตับอักเสบหรือมีคนในครอบครัวเป็น..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. เป็นโรคหอบหืด ลมชัก โรคผิวหนังเรื้อรัง ไอเรื้อรัง วัณโรค ภูมิแพ้ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไทรอยด์ มะเร็ง โรคโลหิตออกง่าย - หยุดยาก หรือโรคอื่นๆ(ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. เจาะหูหรืออวัยวะอื่น สัก ลบรอยสัก ผังเข็ม..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. เคยรับวัคซีน เพื่อป้องกันโรค ภายใน 2 เดือน..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. เคยรับเซรัม ภายใน 1 ปี..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ามั่นใจว่าโลหิตของข้าพเจ้าปลอดภัยต่อผู้ป่วย และรับทราบว่าโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อ ซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบบี, ซีและเอดส์ ก่อนจะนำไปใช้ในทางการแพทย์ ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย นำไปใช้ตามแต่สภากาชาดไทยจะเห็นสมควร ด้วยความสมัครใจและไม่เรียกร้องหากเกิดกรณีใดๆทั้งสิ้น ลงชื่อผู้สมัคร.....

เหตุผลที่อนุญาตให้บริจาคได้เป็นกรณีพิเศษ.....

ลงชื่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์คัดกรอง.....

ใบสมัครผู้บริจาคโลหิต
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

หน้า 1

ผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก

ผู้บริจาคโลหิตประจำ

วันที่(ว/ด/ป).....

เฉพาะผู้บริจาคโลหิตประจำ ครั้งที่แล้วท่านได้บริจาค :

โลหิตทั่วไป โลหิตเฉพาะส่วนกรุณาธรมู : เม็ดโลหิตแดง เกล็ดโลหิต พลาสมา

การบริจาคครั้งที่ผ่านมา : ไม่มีปัญหา

มีปัญหา : เป็นลม เจ็บว้า หายใจโลหิตยาก ได้รับแจ้งให้งดบริจาคชั่วคราวเนื่องจาก..... อื่นๆ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ----

หมู่โลหิต Rh

เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม

(ช่วงอายุบริจาคได้ 17-70 ปี) ถ้าอายุ 17 ปี ต้องมีหนังสือยินยอมจากผู้ปกครอง มี ไม่มี

ถ้าอายุ $\geq 60-70$ ปี ต้องมีหนังสือรับรองจากแพทย์ มี ไม่มี

สถานที่ที่ติดต่อดี ที่อยู่เดิม ที่อยู่ปัจจุบัน ระบุ.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

E-Mail address.....

อาชีพ : นักเรียน,นักศึกษา ข้าราชการ,ทหาร,ตำรวจ,พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท,รับจ้าง

พระภิกษุ,สามเณร อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(นาย, นาง, นางสาว)(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี) (โปรดพลิกเพื่อตอบคำถามหน้า 2 ด้วย)

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล

เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต..... บริจาคครั้งที่.....

กรณีผู้บริจาคโลหิตประจำไม่มีบัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต

บริจาคโลหิตครั้งแรกเมื่อ(วันที่/เดือน/ปี)..... สถานที่บริจาค.....

บริจาคโลหิตครั้งสุดท้ายเมื่อ(วันที่/เดือน/ปี)..... สถานที่บริจาค.....

Deferred due to.....

กินยาที่มีผลต่อเกล็ดโลหิต

Under volume

High volume

Discarded

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท

ชีพจร ปกติ ไม่ปกติ

หัวใจ/ปอด ปกติ ไม่ปกติ

ความเข้มโลหิต ผ่าน ไม่ผ่าน

Hb.....mg/dL ผ่าน ไม่ผ่าน

Unit Number

หมายเหตุ.....

เจ้าหน้าที่ทะเบียน..... เจ้าหน้าที่เตรียมถุง..... เจ้าหน้าที่ผู้จะเก็บ.....

เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่างโลหิต..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ.....