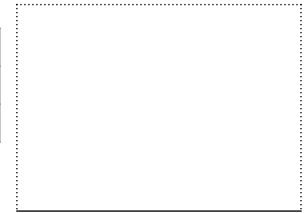




АНКЕТА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ДОНОРА

Фамилия	
Имя	
Отчество	



место для фотографии

Дата рождения число, месяц, год

Вес, кг не менее 50 кг

Пол М
Ж

Рост, см

Группа крови I (0) II (A) III (B) IV (AB)
Укажите, если знаете

Резус-фактор Rh+ Rh-
Укажите, если знаете

Телефоны для связи №1 +7 основной: Ваш номер

№2 +7 дополнительный: номер кого-то из близких

E-mail

Адрес фактического проживания регион

населенный пункт

улица

дом

корпус

квартира

Соцсеть укажите название соцсети, имя, ник и ID, чтобы Вас можно было разыскать при необходимости

Национальность укажите по возможности этническую принадлежность

I. Общее состояние здоровья <small>Имея положительный ответ хотя бы по одному из перечисленных ниже заболеваний, Вы не можете стать потенциальным донором костного мозга (гемопоэтических стволовых клеток)</small>	НЕТ	ДА
• Вирусные гепатиты В, С	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ВИЧ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Туберкулез	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Злокачественные новообразования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Заболевания крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Органические и сосудистые заболевания центральной нервной системы (эпилепсия, аневризмы, ОНМК, опухоли)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Психические заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Гипертоническая болезнь II–III степени, ишемическая болезнь, пороки сердца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Бронхиальная астма, ХОБЛ (тяжелое течение)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Цирроз печени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Хроническая почечная недостаточность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Сахарный диабет I или II типа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Генерализованный псориаз (тяжелое прогрессирующее течение)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Аутоиммунные заболевания (болезнь Крона, ревматоидный артрит, рассеянный склероз, АИТ, системная красная волчанка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Алкоголизм, наркомания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если у Вас есть другие заболевания, укажите их. При необходимости с Вами свяжется врач регистра

II. Являетесь ли Вы донором крови?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Проводились ли Вам когда-либо хирургические вмешательства? <small>(в каком году, причина)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Переливали ли Вам когда-либо донорскую кровь? <small>(в каком году, причина)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Для женщин. Были ли у Вас беременности? <small>количество</small> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Многие компании помогают развивать регистр.

Укажите название организации, в которой работаете.

Являюсь сотрудником компании группы «Сбер» (таб. № _____)

Являюсь сотрудником компании _____

Откуда Вы узнали о донорстве костного мозга?

- Средства массовой информации Интернет, соцсети
 Донорская акция (офлайн) Лекция о донорстве онлайн
 Друзья, знакомые Поезд дальнего следования
 Другое