

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії, трансфузіології
та гематології

О.О. Павлов, В.І. Більченко, В.В. Яворський, О.І. Малигон

ДОНОРСТВО КРОВІ. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОНОРСТВА

*Навчальний посібник для самостійної роботи
лікарів станцій і відділень переливання крові,
лікарів відділень терапевтичного, педіатричного
та хірургічного профілю*

Харків
2015

ЗМІСТ

Заклад-розробник:

Харківська медична академія післядипломної освіти

Автори:

О.О. Павлов — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії, трансфузіології та гематології ХМАПО

В.І. Більченко — кандидат медичних наук, доцент кафедри анестезіології, інтенсивної терапії, трансфузіології та гематології ХМАПО

В.В. Яворський — кандидат медичних наук, асистент кафедри анестезіології, інтенсивної терапії, трансфузіології та гематології ХМАПО

О.І. Малигон — кандидат медичних наук, асистент кафедри анестезіології, інтенсивної терапії, трансфузіології та гематології ХМАПО

Рецензенти:

В.Й. Лисенко — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ХМАПО

А.А. Хижняк — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії Харківського національного медичного університету МОЗ України

*Затверджено Вченою радою ХМАПО
(протокол №10 від 27.11.2015 р.)*

Перелік запитань за темою для первинного контролю знань	4
Перелік умовних скорочень.....	5
1. Організація донорства у світі	6
1.1. Поняття донорства. Організація донорства у різних країнах світу.....	6
1.2. Донорство в Україні.....	9
2. Агітація та вербування донорів. Кодекс етики при кроводачі	11
3. Принципи відбору донорів	14
3.1. Вимоги до кандидатів у донори та донорів	14
3.2. Відомості, що мають бути надані кандидатам у донори та донорам	14
3.3. Принципи відбору кандидатів у донори та донорів	16
3.4. Медичне обстеження	18
3.5. Спеціальні рекомендації щодо донорів аферезу.....	22
3.6. Об'єктивне обстеження.....	23
3.7. Лабораторні аналізи.....	23
3.8. Різновиди, об'єм та частота донацій.....	25
3.9. Направлення хворих на лікувальні процедури	26
3.10. Анкета для донорів крові (приклад)	27
Тестові питання для контролю засвоєння знань при самостійній роботі	31
Перелік рекомендованої літератури.....	35

© О.О. Павлов, В.І. Більченко, В.В. Яворський,
О.І. Малигон, 2015

© Харківська медична академія післядипломної
освіти, 2015

ПЕРЕЛІК ЗАПИТАНЬ ЗА ТЕМОЮ ДЛЯ ПЕРВИННОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

1. Хто може бути донором крові та її компонентів? (1, 2)
2. З якого віку можна здавати кров? (1, 2, 3)
3. Які ви знаєте види донорства? (1, 2)
4. З якою періодичністю людина може здавати кров? (1, 2)
5. Чи безпечне донорство крові? (11, 12)
6. Чи повинен донор проходити обстеження перед здаванням крові? (4, 8)
7. Хто займається агітацією донорів? (4, 11)
8. Що означає поняття «Почесний донор»? (3)
9. Максимально допустима доза здачі крові? (1, 2)
10. Чи може бути донором людина, яка перенесла гепатит А? (1, 2)

У дужках наведено джерела, у яких міститься відповідь на запитання.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

AVIS	— Асоціація волонтерів Італії
HBV	— вірус гепатиту В
HCV	— вірус гепатиту С
ВІЛ	— вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	— Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗСК	— заклади служби крові
КЕ	— концентрат еритроцитів
МСПК	— міжрегіональна станція переливання крові
МФОДК	— Міжнародна федерація організації донорів крові
НФДД	— Національна федерація добровільних донорів
ОСПК	— обласна станція переливання крові
СК	— служба крові
СНІД	— синдром набутого імунодефіциту людини
СПК	— станція переливання крові
ХОЦСК	— Харківський обласний центр служби крові
ЦК	— центр крові

1. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОНОРСТВА У СВІТІ

1.1. Поняття донорства.

Організація донорства у різних країнах світу

У більшості країн світу розвиток донорства крові відбувався як самостійна галузь медицини за ініціативи держав, проте без активної участі в ньому суспільства. Першими кроками розвитку донорства було залучення до донорства родичів хворих, студентів навчальних закладів, медичних працівників тощо. Особливого розвитку донорство набуло після Першої світової війни. У цей час у деяких країнах донори для захисту своїх прав та запобігання конкуренції стали об'єднуватися в організації. Перше в Європі об'єднання донорів — *Asoziazione volontari Italiani del sangue* (AVIS) — було створене у 1927 р. у Римі, яке успішно функціонує до цього часу. В Бельгії, Данії, Нідерландах ще у 1928–1929 рр. відповідальність за організацію донорства повністю або частково було покладено на товариства Червоного Хреста.

Значний внесок у розвиток донорства внесли національні громадські організації та комітети Червоного Хреста. Відповідальність за організацію донорства у багатьох країнах світу покладена на національні федерації та асоціації донорів. У Франції ще у 1949 р. була організована Французька федерація донорів. Дуже швидко асоціації донорів, аналогічні італійській AVIS, були створені у Швейцарії, Данії, Бельгії, Нідерландах, Англії та інших країнах. У Данії з населенням у 5,2 млн. чол. 236 тис. донорів об'єднані у 79 локальних асоціацій, які згруповані в 14 регіональних комітетів. Головним завданням асоціації є залучення населення до безоплатного добровільного донорства.

У Болгарії близько 2,9 % населення бере активну участь у донорстві, з них 93% донорів здають кров безоплатно. В Англії, на відміну від деяких європейських країн, донори не отримують грошову винагороду. За 10 кроводач донору вручається бронзова медаль, за 25 — срібна, за 50 — золота. У Франції донорство, в основному, безоплатне. Донори здають кров 1–2 рази протягом року і нагороджуються дипломами та медалями. У Швейцарії існує змішана система оплати донорів за здану кров.

Японія стала першою країною, яка ще у 1992 році відмовилась від платних донорів. На сьогодні у деяких країнах законодавством взагалі заборонена грошова компенсація за донацію крові (Іспанія, Франція, Нідерланди, Велика Британія, Данія, Греція, Італія, Мальта), в інших допускається використання платних донорів як державними, так і комерційними

банками крові (Німеччина, Австрія, Португалія, Польща, Чехія, Словаччина).

У 1995 р. у Люксембурзі сімома європейськими країнами (Австрія, Бельгія, Франція, Велика Британія, Італія, Люксембург і Монако) була офіційно заснована Міжнародна федерація організації донорів крові (МФОДК — FIODS). Нині МФОДК нараховує більше ніж 80 держав — членів федерації.

Незалежні асоціації донорів крові сьогодні існують на американському континенті та в багатьох європейських країнах. У США відповідальність за службу крові покладається на федеральний уряд, повноваження делеговані штатам, які забезпечують організацію і функціонування цієї галузі медицини. Сьогодні тут є два види донорства: донори, якими опікується Американський Червоний Хрест, та самостійні донорські організації при банках крові. У свою чергу, серед донорів США виділяють 3 категорії: перша — платні (кадрові) донори (45 %); друга — кредит-донори, які здають кров для себе та лікування своїх рідних і близьких (45 %); третя — добровільні безоплатні донори (10 %). У загальному об'ємі донорської крові у США половина заготовленої донорської крові від платних донорів і половина — від добровільних донорів Американського Червоного Хреста.

Протягом останнього десятиліття на показники служби крові в усіх країнах світу негативно вплинуло різке зменшення числа добровільних донорів крові та її компонентів. При проведеному аналізі роботи служби крові 11 центральних та східноєвропейських країн (Естонія, Латвія, Литва, Польща, Чеська і Словацька Республіки, Угорщина, Румунія, Болгарія, Албанія, Словенія), за даними координатора програми Ради Європи з переливання крові професора Г. Гайнігера, було встановлено, що у 1992–1993 рр. заготівля цільної крові зменшилась з 4052 тис. л у 1989 р. до 3426 тис. л у 1991 р. (спад — 15,4 %).

Аналіз розвитку донорства у світі показав, що на різних континентах є різний рівень числа донорів на 1000 осіб населення: в африканських країнах — 4,1 чол., Європі — 40,9, Близькому Сході — 8,9, Росії — 21,5. Середній показник у світі становить 15,7 чол.

У Франції агітацією донорства займаються три організації: Служба крові, Французьке товариство Червоного Хреста, Національна федерація добровільних донорів (НФДД). Федерація ставить за мету забезпечити усі асоціації технічними засобами пропаганди, врегульовувати відносини між донорами та службою крові держави, захищати інтереси донорів на національному рівні. НФДД прагне, щоб усі її члени були відданими прихильниками донорства.

Ліга Товариства Червоного Хреста Франції починаючи з 1964 р. організовує щорічні семінари, які присвячені залученню молоді до донорства.

У них беруть участь соціологи, організатори охорони здоров'я, лікарі, діячі Червоного Хреста. Робота з молоддю розглядається як основа всієї політики держави з розвитку безоплатного донорства.

У деяких європейських державах (Іспанія, Франція, Греція, Італія, Швейцарія, Польща, Чехія, Словаччина, Угорщина, Албанія) донорство крові та її трансфузія регулюються спеціальними законами, або постановами уряду. Міжнародним товариством переливання крові у 1980 р. розроблений «Кодекс етики при донорстві крові і трансфузії», який регламентує виконання основних принципів і правил переливання крові, а також визначає базу для національних законодавчих актів з регуляції донорства.

У багатьох країнах світу велика увага приділяється реформуванню служби крові, пріоритетним напрямком якої є централізація діяльності ЗСК на регіональному рівні.

В Угорщині замість 63 банків крові протягом двох останніх років було створено централізовану службу крові, яка налічує 6 регіональних центрів крові (ЦК) та 23 місцевих банки крові. Лабораторне обстеження зразків донорської крові за допомогою новітніх методів проводиться виключно у регіональних центрах крові.

У Чехії централізація служби крові почалася з армії. Усі відділення переливання крові гарнізонних госпіталів були трансформовані у підрозділи банку крові Центрального військового шпиталю. Потім ця схема була адаптована до державних закладів служби крові.

Італійська асоціація безоплатних донорів крові була заснована в Мілані 1927 року, у 1946 році вона стала загальнонаціональною. У 1950 році статус асоціації був закріплений законом, який діє й нині. Діяльність асоціації підтримується державними інститутами, оскільки базується на конституційному принципі демократії, а добровільність донорства є центральним елементом та незмінним інструментом громадської солідарності. Асоціація об'єднує добровільних донорів і осіб, які підтримують донорський рух та займаються його пропагандою. AVIS запрошує донорів для кроводачі, слідкує за їх станом здоров'я; поширює знання з профілактичної медицини; бере участь в плануванні діяльності та організації служби крові (це положення закріплене законом); бере участь у вирішенні організаційних, наукових і технічних проблем трансплантації органів; поширює знання з трансплантації кісткового мозку, наукових досягнень у галузі трансфузіології; контролює ефективність застосування та розподілу донорської крові, звертаючи особливу увагу на використання надлишків.

AVIS має свої донорські центри, в яких виконуються донорські збори крові (майже 30% усіх доз цільної крові в регіоні) передається для

обстеження та переробки в організації служби крові. За кожну дозу крові, зібрану таким методом в Ломбардії, AVIS отримує 52 євро від регіонального Міністерства охорони здоров'я. До AVIS Ломбардії входить близько 220 тис. кадрових донорів (2% населення). Доля первинних донорів у регіоні складає щорічно близько 10%.

У службі крові Італії можна виділити чотири елементи управління службою крові та два клінічних ланцюги, діяльність яких постійно аналізується та контролюється державою.

Найважливіший принцип організації донорства в Італії, коли здорові члени суспільства своєю кров'ю рятують життя хворих. Заслугує на увагу досвід довіри органів влади громадянським організаціям як в організації донорства (AVIS), так і в управлінні службою крові (науково-технічна комісія). При цьому безоплатне донорство для держави не безкоштовне — гроші (20 євро на одну донорську дозу) витрачаються на пропаганду, створення позитивної мотивації у здорових людей. У цій ситуації знижується ризик приховування потенційним донором можливих протипоказань, тобто і кров стає більш безпечною.

ВООЗ рекомендує створити у кожній країні національну систему самозабезпечення компонентами та препаратами плазми крові. Основою такої системи має бути добровільне безоплатне донорство. Дану позицію підтверджено у Резолюції XXVII сесії Генеральної асамблеї ВООЗ. Австралія, Англія, Бельгія, Канада, Фінляндія, Франція, Японія, Нова Зеландія повністю забезпечують власні потреби компонентами та препаратами плазми крові від безоплатних донорів.

У 2009 році в Росії функціонувало 192 центри і станції переливання крові, 1046 відділень переливання крові; у 234 лікарнях заготовлювали кров та її компоненти; налічувалось 2 031 747 донорів крові та 200 818 донорів плазми, від яких отримано 2 774 947 донорських доз крові та 864 581 донацію плазми. Укомплектованість штатів у 2009 році становила 94,4%.

Разом з тим фінансування центрів крові в окремих суб'єктах Російської Федерації, як і в усіх країнах СНД, здійснюється за залишковим принципом, що впливає негативно на впровадження 100% стандартизації діяльності служби крові на сучасному рівні.

1.2. Донорство в Україні

За результатами інвентаризації служби крові в Україні функціонує численна та розгалужена мережа закладів та підрозділів переливання крові — 61 центр крові і СПК, з них одна республіканська, 24 ОСПК, 29 МСПК та 493 відділення трансфузіології лікувальних закладів, 74 лікарні, які проводять заготівлю донорської крові та підпорядковані МОЗ

України. Відомо, що якість заготівлі та виробництва компонентів крові забезпечується в першу чергу:

- централізацією структури служби крові та її управління в регіонах;
- покращенням матеріально-технічної бази спеціалізованих закладів СК;
- станом підготовки фахівців служби крові;
- впровадженням дієвих методів залучення населення до донорства, особливо сприятливим та пільговим забезпеченням осіб, які систематично виконують донорські функції.

Пріоритетом під час реформування галузі має стати централізація закладів служби крові у регіонах із метою створення керованої самодостатньої структури, яка може гарантувати якість і безпеку заготовленої донорської крові, її компонентів та препаратів.

Малопотужні та нерентабельні підрозділи переливання крові повинні бути реорганізовані у відділи зі зберігання компонентів та препаратів крові. На них також покладається обов'язок з організації «Дня донора» для виїзних бригад регіонального центру служби крові.

Протягом останніх 3-х років стабілізовано показники комплектування донорських кадрів і заготівлі крові та її компонентів.

Загальна кількість донорів знаходиться в межах 650–700 тис. чол. Кількість донорів від загальної кількості населення становить 1,5%. Заготовлюється 9–10 мл крові на 1 жителя, або 30 донацій на 1000 населення. Загальна кількість донацій крові та її компонентів в Україні становить 850–900 тис. на рік.

Необхідно принципово змінити структуру донорства в Україні, перейти від донорства крові на донорство її компонентів. Тільки таким чином ми зможемо збільшити заготівлю компонентів крові, в першу чергу, плазми на 30–40%.

Виходячи з цього, необхідно комплектувати групи донорів для компонентного донорства в першу чергу з активних кадрових донорів з метою отримання від них максимальної кількості донацій компонентів крові в основному апаратним методом.

2. АГІТАЦІЯ ТА ВЕРБУВАННЯ ДОНОРІВ. КОДЕКС ЕТИКИ ПРИ КРОВОДАЧІ

Донація крові має бути добровільною при будь-яких обставинах, донор повинен дати інформовану згоду на донацію крові або її компонентів з наступним (законним) їх використанням службою крові. Обов'язковим є забезпечення анонімності між донором і реципієнтом, гарантована конфіденційність інформації про донора.

Донор повинен усвідомлювати ризик донації інфікованої крові для хворих і свою моральну відповідальність перед реципієнтом. Донорство крові має базуватися на критеріях медичного відбору без будь-якої дискримінації.

Процедура взяття крові або її компонентів здійснюється під повну відповідальність медичних працівників відповідної кваліфікації.

Служба крові в своїй діяльності керується принципом «максимум користі пацієнту — ніякої шкоди донору». Своєю діяльністю працівники служби крові не тільки допомагають рятувати життя хворим, але й спонукають до пробудження найкращих якостей в людях, залучаючи їх до такої суспільно важливої справи, як донорство.

Організація агітації роботи сучасних методів донорства

Основним напрямком сучасної трансфузійної терапії є використання компонентів крові для заміщення дефіциту відповідного компонента. Тому майбутнє за компонентним донорством із використанням апаратного плазмаферезу і цитаферезу.

Апаратний метод дозволяє отримати якісні та безпечні компоненти крові. У зв'язку з цим виникає необхідність більш широкої пропаганди компонентного донорства серед активних і безоплатних донорів, тому що інформація про ці види донорства серед населення практично відсутня.

Організація пропаганди донорства, у тому числі компонентного, має здійснюватись спільно спеціалістами служби крові, медичними працівниками ЛПЗ та активістами громадських організацій.

Інформування донорів може здійснюватись різними методами:

- розповсюдженням наглядної агітації про сучасні методи донорства (плакати, брошури, буклети);
- підготовкою тематичних радіо- та телепередач, інформацією в Інтернеті;
- проведенням роз'яснювальної роботи серед безоплатних донорів з метою комплектування з них штату активних кадрових донорів плазми та клітин крові.

Медичні працівники лікувально-профілактичних закладів, поліклінік, амбулаторій сімейної медицини:

- проводять роз'яснювальну роботу з донорами — родичами хворих, які знаходяться на лікуванні в лікарнях;
- здійснюють первинне медичне обстеження потенційних донорів;
- проводять індивідуальні бесіди про те, що вилучення плазми і клітин крові — безпечна для здоров'я донора процедура;
- формують штат донорів для заготівлі крові виїзними бригадами ХОЦСК.

Спеціалісти служби крові здійснюють:

- проведення спеціальних семінарів для лікарів різних спеціальностей з метою ознайомлення їх із сучасними методами донорства та сучасною тактикою трансфузійної терапії;
- підготовку медичних працівників та агітаторів громадських організацій з питань організації донорства;
- диференційовану агітацію компонентного донорства серед різних категорій донорів — активних, резерву, донорів-родичів.

Основні етапи агітаційної роботи

I етап — ознайомчі лекції в загальноосвітніх школах серед учнів старших класів з метою формування позитивного відношення до донорства та ввічливого ставлення до людей, які здають кров.

II етап — проведення виставок плакатів, брошур, буклетів у вищих навчальних закладах і організованих колективах з метою залучення до лав донорів молодих людей.

III етап — індивідуальні співбесіди з кожним з донорів з метою залучення до активних кадрових донорів, формування в них розуміння процедури плазма- і цитаферезу. Залучення до імунного донорства та інформування про пільги, що надаються донорам.

IV етап — соціальна реклама усіх видів донорства у засобах масової інформації та сучасних комунікаціях зв'язку.

Принципи спілкування з донорами

Доброзичливість. Рішення стати донором не завжди дається легко. Навіть звернувшись до закладів служби крові, багато людей мають певні страхи і сумніви щодо правильності свого рішення. У такій ситуації будь-який прояв байдужості або негативного відношення з боку персоналу може назавжди змінити бажання потенційного донора здавати кров.

Кожному представнику служби крові належить проявити максимум уваги, терпіння і тактовності щодо кожного відвідувача, зробити все можливе, щоб укріпити його в прийнятому рішенні стати донором, забезпечити донору максимум комфорту при проведенні процедур. Звертатись до донора необхідно за ім'ям та по батькові, проявляти увагу і тактовність.

Слід завжди пам'ятати, що служба крові існує завдяки партнерським стосункам із донорами.

Відкритість. Дуже часто головною перешкодою до того, щоб стати донором, є недостатня проінформованість. У зв'язку з цим весь процес донації та підготовки до неї необхідно зробити максимально зрозумілим для відвідувача.

Необхідно проінформувати потенційного донора, дати чіткі відповіді на його запитання щодо донорства, пояснити подальший порядок дій.

Кожен донор повинен мати можливість подальшого спілкування з представниками служби крові (отримання інформації про результати обстеження, видача довідок та ін.).

3. ПРИНЦИПИ ВІДБОРУ ДОНОРІВ

З метою збереження анонімності донорів та кандидатів у донори заклади служби крові мають:

- провадити процедури охорони даних, картотек як донорів, так і відведених осіб, захисту цих документів від необґрунтованих доповнень, виправлень, знищень, а також від переказу даних неповноваженими особами;
- впровадити процедури з'ясування невідповідностей у сфері даних;
- захищати дані від доступу сторонніх осіб, одночасно забезпечуючи можливість відстеження використання крові та її компонентів.

3.1. Вимоги до кандидатів у донори та донорів

Кандидат у донори або донор повинен:

- мати такий стан здоров'я, щоб можна було на підставі медичних та лабораторних аналізів установити, що регулярне взяття крові не призведе до негативних наслідків для нього і стану здоров'я майбутнього реципієнта;
- надати документ із фотокарткою, який би посвідчував його особу (паспорт та ідентифікаційний код);
- повідомити адресу прописки, а в разі потреби також і адресу проживання.

3.2. Відомості, що мають бути надані кандидатам у донори та донорам

Кандидат у донори крові або донор має одержати доступні відомості:

- про роль крові в організмі, перебіг процесу взяття крові, різновиди компонентів, що їх отримують із цільної крові, або такі, що відокремлюються методом аферезу, їх цінність для хворого (відповідні інформаційні матеріали);
- необхідність проходження медичного обстеження, медичних та лабораторних аналізів, а також необхідність письмової згоди на донорство;
- можливість тимчасового або постійного відведення чи самоусунення в ситуації, коли переливання взятої крові може створити загрозу для реципієнта;
- принципи охорони особових даних донора, що стосуються його ідентичності, стану здоров'я та результатів лабораторних аналізів;

- ситуації, коли здавати кров може бути небажано з огляду на стан здоров'я донора;
 - різновиди маніпуляцій, пов'язані з узяттям крові (цільна кров, плазма, маніпуляція аферезу або інші маніпуляції), способи їх проведення, а також про можливі наслідки для стану здоров'я, якщо їх можна передбачити;
 - можливість відмови від здачі крові перед та/або під час донорства, а також про можливість повідомлення після здачі крові про те, що вона непридатна для переливання;
 - причини, з яких заклад служби крові має бути поінформований про кожну подію, що сталася після здачі крові, й може ставити під сумнів придатність крові для переливання;
 - обов'язок закладу служби крові щодо інформування донора про результати аналізів, що можуть мати значення для його здоров'я, а також про потенційну необхідність для нього негайно з'явитися, щоб забрати результати аналізів (у випадку одержання відповідного повідомлення);
 - необхідність інформування закладу служби крові у разі зміни адреси;
 - дискваліфікацію донора та знищення зданої ним крові у разі виявлення зараження ВІЛ, HBV, HCV та іншими хворобами, що переносяться шляхом переливання;
 - можливість розміщення в реєстрі донорів, які не відповідають вимогам стану здоров'я, необхідним для здачі крові;
 - право у будь-яку мить з'ясувати все, що викликає можливі сумніви.
- Нижче подано приклад призначеної для донорів інформаційної листівки про інфекційні захворювання.
- Щоб полегшити донорові ознайомлення з цією інформацією, найкраще розмістити листівку поряд із анкеткою для донорів, запропонованою у п. 3.10.

Інформація для донорів про інфекційні захворювання

Про що ти маєш знати, перш ніж здавати кров

Твою кров візьмуть на аналізи, щоб пересвідчитися, що ти не заражений сифілісом, СНІДом, інфекційним гепатитом В або С. Якщо один із тестів виявиться позитивним — кров не будуть нікому переливати. Однак при кожній інфекції між моментом зараження та моментом, коли це зараження вже можна виявити шляхом лабораторних аналізів, минає певний час. У цей період у жодному разі не можна здавати кров: вона вже може бути джерелом зараження, хоча лабораторні тести ще є негативними. Отже, не здавай крові, якщо ти мав контакти або вдавався до дій, що створюють ризик.

Ризик створюють:

- 1) вживання наркотиків у вигляді ін'єкцій, що мало місце раніше або має місце нині;
- 2) сексуальні контакти з особами, які вживають наркотики у вигляді ін'єкцій;
- 3) сексуальні контакти з багатьма партнерами/партнерками;
- 4) сексуальні контакти з партнером/партнеркою, якого/яку знаєш недавно;
- 5) сексуальні контакти з метою заробітку;
- 6) сексуальні контакти з особами, чії аналізи на СНІД, сифіліс чи інфекційний гепатит В або С виявилися позитивними.

Ми усвідомлюємо, що, ставлячи ці запитання, втручаємося у твою приватну сферу. Однак ризик перенесення інфекційних захворювань через кров можна зменшити, лише якщо донор ретельно обміркує ситуацію і дасть правдиві відповіді на поставлені тут запитання. Твої дані залишаться конфіденційними. У разі позитивних результатів аналізів (тих, що свідчать про зараження), тебе про це поінформує лікар.

Дякуємо за співпрацю.

3.3. Принципи відбору кандидатів у донори та донорів

Кожна особа, яка звертається до служби крові, має бути зареєстрована, а мета її візиту записана. У момент реєстрації донора або кандидата у донори йому надається унікальний номер донації, який дозволяє однозначно ідентифікувати як його особу, так і заклад служби крові. Особи, які приходять із метою здачі крові, одержують для заповнення анкети донора. Під час реєстрації слід перевірити, чи донор/кандидат у донори не фігурує у списку осіб, яким заборонено виконувати донорські функції (відбракованих осіб).

Кандидат у донори крові або донор крові має пройти відбір. Цей відбір здійснює лікар на підставі заповненої донором або кандидатом

у донори анкети, медичного обстеження та результатів лабораторних аналізів.

Дані медичного обстеження, результат об'єктивного обстеження та результати лабораторних аналізів внести у документацію донора/кандидата в донори.

Відомості в документації донора мають бути записані таким чином, щоб можна було ідентифікувати й осіб, які внесли ці відомості.

У разі позитивних результатів лабораторних аналізів лікар або вповноважена ним особа має повідомити про них особу, яка ці аналізи здавала. Факт повідомлення слід занотувати в медичній документації донора/кандидата в донори.

Донор/кандидат у донори перед кожною маніпуляцією взяття крові, плазми та ін. (у тому числі й взяття плазми методом мануального плазмаферезу, взяття плазми методом автоматичного плазмаферезу, взяття еритроцитів, тромбоцитів та лейкоцитів методом автоматичного аферезу) у присутності лікаря підписує анкету, цим виявляючи письмову згоду на маніпуляцію. Цей підпис підтверджує, що донор:

- ознайомився з наданими інформаційними матеріалами і зрозумів їхній зміст;
- мав змогу з'ясувати все, що викликало в нього сумніви;
- дістав задовільні відповіді на всі свої питання;
- свідомо дає згоду на здачу крові;
- підтверджує, що всі надані ним відомості є правдивими, принаймні в міру його обізнаності.

Донор повинен також зобов'язатися, що негайно забере результати аналізів, якщо в них виявляться зміни, які можуть мати значення для його здоров'я.

Умовою відбору особи для здачі крові, плазми, маніпуляції аферезу чи інших маніпуляцій є добрий стан здоров'я.

Лікар ухвалює рішення про взяття крові або її компонентів після того, як упевниться, що така маніпуляція є безпечною для донора, а переливання отриманої крові або її компонентів є безпечним для реципієнта.

Медичне обстеження дозволяє виявити низку ситуацій, у яких здавати кров протипоказано. Протипоказання можуть бути абсолютні (вони дискваліфікують особу назавжди) або відносні (дискваліфікують особу тимчасово).

Рішення про постійну або тимчасову дискваліфікацію має бути занотоване в документації донора/кандидата в донори.

У випадку, якщо медичне обстеження виявить суттєві відхилення від норми, пацієнта слід направити до дільничного або сімейного лікаря

з метою подальшої діагностики та, можливо, лікування. До направлення слід долучити результати аналізів.

Обстеження донора/кандидата в донори перед здачею крові:

- медичне обстеження;
- об'єктивне обстеження.

3.4. Медичне обстеження

У медичній анкеті слід урахувати наведені нижче чинники.

Вік

Вік	18–60 років
-----	-------------

Професійні особливості та заняття

Особи, що мають такі професії, як пілот, машиніст, водій автобуса, оператор крана, а також особи, які працюють на висоті, займаються альпінізмом, дайвінгом, можуть повернутися до своїх занять не раніш як через 12 годин після здачі крові.

Постійні і тимчасові протипоказання до здавання крові та її компонентів

Критерії постійного відведення для донорів алогенної крові

Хвороби кровоносної системи	Потенційні донори з активною або перенесеною серйозною хворобою кровоносної системи, окрім вроджених вад, що цілком вилікувані
Хвороби нервової системи	Перенесення серйозної хвороби ЦНС
Схильність до патологічних кровотеч	Потенційні донори із порушеннями згортання крові
Поворотні стани непритомності або напади судом	Усі випадки судом
Хвороби системи травлення	Потенційні донори з хворобою в активній, хронічній або рецидивуючій фазі
Хвороби дихальної системи	Потенційні донори з хворобою в активній, хронічній або рецидивуючій фазі
Хвороби сечостатевої системи та нирок	Потенційні донори з хворобою в активній, хронічній або рецидивуючій фазі
Хвороби імунної системи	Потенційні донори з хворобою в активній, хронічній або рецидивуючій фазі
Хвороби метаболізму та ендокринної системи	Потенційні донори з хворобою в активній, хронічній або рецидивуючій фазі
Хвороби крові та кровотворної системи	Потенційні донори з хворобою в активній, хронічній або рецидивуючій фазі

Хвороби шкіри	Потенційні донори з хворобою в активній, хронічній або рецидивуючій фазі
Системні захворювання, наприклад, колагенози	Потенційні донори з хворобою в активній, хронічній або рецидивуючій фазі
Цукровий діабет	
Ракові захворювання	Злоякісні новоутворення
Інфекційні захворювання	Вірусний гепатит типу В; вірусний гепатит типу С; вірусний гепатит в анамнезі, жовтуха неясної етіології; ВІЛ-1/2; туберкульоз; токсоплазмоз; лейшманіоз; трипаносомоз; актиномікоз; туляремія
Губчаста енцефалопатія (TSE) (наприклад, хвороба Крейтцфельдта-Якоба)	Особи, чий родинний анамнез вказує на загрозу TSE
Сифіліс	
Сексуальна поведінка	Особи, які внаслідок своєї сексуальної поведінки належать до груп підвищеного ризику зараження серйозними хворобами, що можуть поширюватися шляхом переливання крові
Психічні порушення та порушення поведінки, спричинені вживанням психоактивних засобів (речовин)	

Критерії тимчасового відведення для донорів алогенної крові

Інфекційні захворювання

Після перенесення інфекційного захворювання потенційні донори мають бути дискваліфіковані щонайменше на 4 тижні з моменту повного одужання. Однак у випадку хвороб, наведених нижче у таблиці, слід вдаватися до довших періодів дискваліфікації.

Температура понад 38 °C	1 місяць від зникнення симптомів	
Грип, грипозподібна інфекція	1 місяць від зникнення симптомів	
Малярія	Особи, які у будь-який життєвий період безперервно мінімум 6 місяців проживали на територіях ендемічного вияву малярії	3 роки після останнього повернення з території ендемічного вияву малярії; умовою є негативні результати аналізів на малярію, проведених імунологічними методами або методами молекулярної біології
	Особи, які перенесли малярію	3 роки за умови одержання негативних результатів аналізів на малярію, проведених імунологічними методами
	Особи, які повертаються з територій ендемічного вияву малярії без ознак хвороби	3 роки з моменту від'їзду з території ендемічного вияву малярії

Малярія	Особи, у яких під час перебування на територіях ендемічного вияву малярії або в період 6 місяців після повернення виявлялася температура (лихоманка) неясного походження	3 роки з моменту зникнення симптомів/завершення лікування. За умови одержання негативних результатів аналізів на малярію, проведених імунологічними методами
Гонорея		У період хвороби та 12 місяців після завершення лікування
Інфекційний мононуклеоз		12 місяців з часу одужання

Оскільки дані щодо країни народження, проживання чи тимчасового перебування донора мають суттєве значення для профілактики деяких хвороб, що переносяться через кров, рекомендується, щоб заклади служби крові мали в розпорядженні чинні географічні мапи та алфавітні списки країн, де ендемічно виявляються деякі інфекційні хвороби (наприклад, малярія, тропічні хвороби). Дані про це можна дістати, наприклад, на інтернет-сторінках Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Небезпека зараження хворобами, що переносяться через кров

<ul style="list-style-type: none"> – Ендоскопічний аналіз із використанням фіброендоскопа – Контакт слизової оболонки з кров'ю або укол голкою – Переливання компонентів крові – Пересадка клітин або тканин людини – Серйозна хірургічна операція – Татуаж або прокол частини тіла (пірсинг) – Акупунктура, виконана некваліфікованим лікарем або нестерильними одноразовими голками 	Відведення на період 12 місяців
Особи, що наражаються на ризик через близькі домашні контакти з хворими на вірусний гепатит	Гепатит А — 3 місяці; Гепатит В,С — 1 рік
Особи, які з огляду на свої дії або діяльність особливо наражаються на ризик зараження хворобами, що переносяться шляхом переливання	Після припинення ризикованих дій — дискваліфікація на період, що залежить від роду хвороби та доступності відповідних тестів (аналізів)

Примусове позбавлення волі (перебування у карному закладі, слідчому ізоляторі чи в іншому місці, де перебувають особи, позбавлені волі)	Період примусового позбавлення волі та ще 6 місяців після його закінчення — або 4 місяці, якщо проведені методами молекулярної біології аналізи на вірусний гепатит типу В і С, а також ВІЛ, дають негативні результати
Перебування в країнах, у яких спостерігається велика частота виявлення носіїв антитіл анти-ВІЛ, а також хворих на СНІД	12 місяців з дня повернення
Контакт із хворим на іншу інфекційну хворобу (окрім гепатиту)	Відведення на час, який відповідає інкубаційному періоду, а якщо він невідомий — то на 4 тижні
Повернення з території, на якій ендемічно виявляють себе тропічні хвороби	12 місяців з дня повернення, якщо за цей період не зафіксовано необґрунтованого підвищення температури чи інших хворобливих симптомів

Щеплення

Живими вакцинами: БЦЖ, краснуха, жовта лихоманка, запалення привушних слинних залоз (свинка), дитячий спинномозковий параліч (поліомієліт), щеплення з живими збудниками черевного тифу та щеплення з живими збудниками холери	1 місяць
Інактивовані/вбиті віруси, бактерії чи рикетсії: холера, черевний тиф, коклюш, висипний тиф, дитячий спинномозковий параліч (поліомієліт) (парентеральне щеплення), грип	10 днів
Анатоксини (дифтерія, правець)	10 днів
Гепатит типу В	10 днів
Сказ	1 місяць. У разі ризику зараження — дискваліфікація на 1 рік
Кліщовий енцефаліт	1 місяць
Пасивна імунізація за допомогою сироваток тваринного походження	Відведення на 3 місяці

Інші причини тимчасового відведення

Вагітність	12 місяців після пологів або завершення вагітності
Менструація	Під час менструації та 5 днів після її закінчення
Невелике хірургічне втручання	10 днів

Стоматологічне лікування	Стоматологічне лікування або візит до стоматолога-гігієніста — відстрочка на 1 день. <i>Увага: видалення зуба, лікування каналів тощо вважається невеликим хірургічним втручанням</i>
Вживання ліків	Залежно від різновиду ліків, способу їх дії та захворювання, що лікується
Гострі захворювання дихальної системи	До завершення лікування
Гострі захворювання системи травлення	До завершення лікування
Гломерулонефрит	5 років після абсолютного одужання
Інші гострі хвороби сечовидільної системи	До завершення лікування
Хвороби шкіри (запалення, алергії)	До завершення лікування
Гострі алергійні стани	До моменту зникнення симптомів
Загострення хронічної алергійної хвороби	До моменту зникнення симптомів
Період десенсибілізації в алергії	Весь період

Відведення з огляду на особливу епідеміологічну ситуацію

Особлива епідеміологічна ситуація (наприклад, спалах епідемії якоїсь хвороби)	Час залежить від епідеміологічної ситуації
--	--

3.5. Спеціальні рекомендації щодо донорів аферезу

Донори, які здають компоненти крові шляхом аферезу, мають відповідати тим самим критеріям, що й донори цільної крові. В особливих ситуаціях рішення про придатність донора ухвалює відповідальний лікар.

Під час обстеження особливу увагу слід звернути:

- на схильність до надмірних кровотеч;
- симптоми, що можуть вказувати на порушення водно-електролітного обміну;
- вживання ліків, що містять ацетилсаліцилову кислоту (наприклад, аспірин), впродовж 5 днів перед тромбаферезом;
- симптоми виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки;
- ускладнення, що мали місце під час попередніх донацій.

3.6. Об'єктивне обстеження

Об'єктивне обстеження має включати зокрема:

- 1) оцінку загального вигляду, який може свідчити про залежність особи від алкоголю, наркотиків, ліків або про надмірне психічне збудження;
- 2) з'ясування, чи є надмірна диспропорція між вагою тіла та зростом;
- 3) з'ясування, чи наявні відхилення:
 - від нормальних показників кров'яного тиску;
 - нормальних показників пульсу, у т. ч. і його рівномірності;
 - нормальної температури тіла;
- 4) визначення стану лімфовузлів та шкіри, зокрема навколо місця уколу у вену.

Вага тіла	≥ 50 кг для донорів цільної крові або її компонентів, що добуваються методом аферезу ≥ 70 кг для донорів, що віддають 2 одиниці концентрату еритроцитів (КЕ) методом еритроаферезу (подвійний еритроаферез)
Пульс	Пульс треба вимірювати впродовж 15 секунд щонайменше. Пульс має бути ритмічним, частотою від 60 до 90 ударів на хвилину. Нижчі показники пульсу можливі у натренованих людей із високою фізичною витривалістю
Кров'яний тиск	Показники кров'яного тиску не повинні перевищувати: • 170 мм Hg для систолічного тиску; • 100 мм Hg для діастолічного тиску
Температура тіла	Температура тіла, вимірювана під пахвою, не повинна перевищувати 37 °C
Лімфатичні вузли	Особливу увагу слід звернути на стан периферичних лімфатичних вузлів, передусім шийних (спереду і ззаду), надключичних та пахових. Збільшення периферичних лімфатичних вузлів є протипоказанням до здачі крові
Стан шкіри	Місце навколо венепункції без патологічних змін

Дуже велика диспропорція між вагою тіла та зростом або втрата ваги тіла з невизначених причин є протипоказанням до здавання крові.

3.7. Лабораторні аналізи

Частота лабораторних аналізів

1. Перед кожним узяттям крові слід визначити концентрацію гемоглобіну.
2. Перед тромбаферезом або лейкоаферезом необхідно визначити:
 - концентрацію гемоглобіну;
 - кількість еритроцитів;

- кількість лейкоцитів;
- кількість тромбоцитів.

3. Зразки крові кожної особи, направленої на взяття крові, плазми, для тромбаферезу, лейкоферезу чи інших маніпуляцій, мають бути обстежені:

- на антиген HBs;
- антитіла анти-ВІЛ 1/2;
- антитіла анти-HCV;
- маркери сифілісу.

4. Зразки для вірусологічних аналізів від донорів слід брати під час узяття крові чи її компонента.

5. Донорам, які регулярно здають цільну кров або клітинні компоненти крові, треба проводити:

- загальний клінічний аналіз крові;
- визначення кількості тромбоцитів;
- визначення кількості лейкоцитів;
- визначення процентного складу лейкоцитів.

6. Донорам, які регулярно здають плазму, слід додатково визначати концентрацію абсолютного білка і процентний склад білків або ж альбуміново-глобуліновий показник.

Норми лабораторних аналізів, які дозволяють кваліфікувати особу для взяття цільної крові, для аферезу та інших маніпуляцій, а також норми аналізів для регулярних донорів становлять:

Концентрація гемоглобіну у крові донора

Гемоглобін	Жінки ≥ 120 г/л	Чоловіки ≥ 130 г/л	Стосується донорів цільної алогенної крові або її компонентів
	≥ 140 г/л		Стосується донорів, які віддають 2 одиниці KE методом еритроаферезу

Показник гематокриту

Гематокрит	Жінки ≥ 0,38	Чоловіки ≥ 0,40	Стосується донорів цільної алогенної крові або її компонентів
	≥ 0,42		Стосується донорів, які віддають 2 одиниці KE методом еритроаферезу

Кількість тромбоцитів у крові донора

Кількість тромбоцитів	≥ 150 × 10 ⁹ /л	Ця кількість вимагається для донорів, які проходять тромбаферез
------------------------------	----------------------------	---

Кількість та процентна формула білих кров'яних тілець у крові донора

Кількість білих кров'яних тілець	4–9 × 10 ⁹ /л
Процентне відношення білих кров'яних тілець	Паличкоядерні нейтрофіли: 1–6% Сегментоядерні нейтрофіли: 47–72% Базофіли: 0–1% Еозинофіли: 0,5–5% Лімфоцити: 25–38% Моноцити: 3–10%

Концентрація білка у сироватці крові донора, процентний склад білків

Білок	60–85 г/л
Процентний склад білків	Альбумін 56–66,5% Глобуліни 33,5–44,0% α ₁ — 3,5–6,0% α ₂ — 6,9–10,5% β ₂ — 7,6–12,5% γ — 12,0–19,0%
Альбуміново-глобуліновий показник	Норми залежать від застосованого методу аналізу

Рівень аланін-амінотрансферази — у межах 0,1–0,68 мкмоль/год/л при дослідженні методом Райтмана–Френкеля.

3.8. Різновиди, об'єм та частота донацій

Частоту, різновид та об'єм крові або її компонентів, що мають бути взяті, встановлює лікар залежно від загального стану здоров'я донора.

Цільна кров

1. Цільна кров може братися не частіше ніж 5 разів на рік у чоловіків і не частіше ніж 4 рази на рік у жінок. При цьому перерва між донаціями не повинна бути коротшою за 60 днів.

2. За один раз у людини, яка важить щонайменше 50 кг (або більше), можна взяти 450 ± 45 мл крові (1 одиниця).

3. Якщо донор крові пройшов маніпуляцію аферезу, то брати цільну кров у нього можна через 14 днів після цієї маніпуляції.

Плазма

1. Об'єм плазми (без антикоагулянту), що береться за один раз, не повинен перевищити 16% від прийнятого абсолютного об'єму крові, обрахованого на підставі статі, зросту і маси тіла донора. Це приблизно відповідає 10 мл узятото об'єму на 1 кг маси тіла.

2. В одного донора впродовж року можна взяти не більше ніж 12 літрів плазми.

3. За один раз у донора можна взяти методом плазмаферезу 600 мл плазми на виробництво препаратів крові до 800 мл.

4. Перерва між донаціями плазми методом апаратного плазмаферезу не повинна бути коротшою ніж 2 тижні.

5. Після взяття цільної крові брати плазму методом плазмаферезу можна мінімум через 30 діб.

Аферез

1. Маніпуляції тромбаферезу та лейкоферезу можуть здійснюватися не частіш ніж 12 разів на рік.

2. Перерви між цими маніпуляціями не повинні бути коротшими ніж 14 діб.

3. У випадку, коли методом аферезу береться одночасно плазма і тромбоцити або еритроцити, сумарний об'єм нетто взятих компонентів крові не повинен перевищувати 13% абсолютного об'єму крові донора і водночас не має перевищувати 650 мл.

4. Перерва між двома черговими донаціями концентрату еритроцитів (КЕ) методом еритроаферезу має бути така сама, що й для донацій цільної крові.

5. Перерва між донацією цільної крові та донацією 2 одиниць КЕ методом еритроаферезу не повинна бути коротшою ніж 3 місяці.

6. Перерва між донацією 2 одиниць КЕ методом еритроаферезу та донацією цільної крові або наступною маніпуляцією подвійного еритроаферезу не повинна бути коротшою ніж 6 місяців. Абсолютна втрата еритроцитів упродовж року не повинна перевищувати показника, дозволеного для донорів цільної крові.

7. Перерва між донацією цільної крові або здачею 1 од. КЕ методом еритроаферезу та наступною донацією методом аферезу, яка вже не включатиме здачі КЕ, не може бути коротшою ніж 1 місяць.

3.9. Направлення хворих на лікувальні процедури

Рішення про направлення хворого на ту чи іншу лікувальну маніпуляцію (кровопускання, лікувальний аферез) ухвалює лікар, який веде цього хворого, однак остаточне рішення про маніпуляцію ухвалює лікар, який безпосередньо керує проведенням цієї маніпуляції. Пацієнти, направлені на лікувальну маніпуляцію, не повинні відповідати критеріям, обов'язковим для донорів.

Лікарі мають надати хворому інформацію про те, як має проходити запланована маніпуляція, яка від неї очікується користь, які можливі ризики, з нею пов'язані, а також про альтернативні методи лікування.

3.10. Анкета для донорів крові (приклад)

Ім'я та прізвище..... Номер донації.....

Дата народження.....

Ідентифікаційний код.....

Правильну відповідь позначити: Так / Ні

1. Чи Ви раніше здавали кров?

Якщо так, то в якому році це було останнього разу?.....

2. Чи на сьогодні Ви відчуваєтеся здоровою людиною?

3. Чи впродовж останніх 7 діб Ви проходили якісь стоматологічні процедури?

4. Чи впродовж останніх 4 тижнів Ви хворіли?

Чи були під наглядом лікаря? Чи мали температуру понад 38 °С?

5. а) Чи впродовж останніх 4 тижнів Ви вживали ліки (у вигляді таблеток, ін'єкцій, свічок тощо)? Якщо вживали, то які саме?.....

б) Чи впродовж останніх 3 діб Ви вживали аспірин або інші ліки, до складу яких входить аспірин?

6. Чи впродовж останніх 4 тижнів Вам робили щеплення? Якщо так, то які? Коли?.....

7. Чи помічали Ви в себе такі симптоми:

а) неясне зниження ваги тіла;

б) неясне підвищення температури;

в) збільшення лімфатичних вузлів?

8. Чи хворієте/хворіли Ви на одне з нижчезгаданих захворювань, чи відчуваєте/відчували нижче вказані симптоми?

а) хвороби кровоносної системи (гіпертонія), біль в серці, інфаркт, задишка, інсульт. Якщо так, то коли?.....

б) хвороби шкіри, висипки, діатези, поліноз, астма. Якщо так, то коли?.....

в) цукровий діабет; хвороби крові; важкозупинна кровотеча; хвороби кровоносних судин; хвороби нирок; хвороби шлунково-кишкового тракту; хвороби легень; нервові хвороби; хвороби щитоподібної залози; епілепсія; неоплазма (новоутворення); запалення кісткового мозку. Якщо так, то коли?.....

г) сифіліс; гонорея; токсоплазмоз; бруцельоз; туберкульоз; інфекційний мононуклеоз. Якщо так, то коли?.....

г) лихоманка. Якщо так, то коли?.....

9. Чи впродовж останніх 12 місяців Вам робили гастроскопію, біопсію чи інші діагностичні аналізи?

10. Чи впродовж останніх 12 місяців або з моменту останньої донації крові Ви переживали тяжку хворобу, серйозне оперативне втручання або нещасний випадок? Якщо так, то що саме це було і коли?.....

11. Чи Вам коли-небудь переливали кров або її компоненти? Якщо так, то які, коли і де?.....

12. Чи були Ви коли-небудь реципієнтом пересадки тканин (наприклад, рогівки або інших тканин)? Якщо так, то яких?.....

13. Чи Ви коли-небудь уживали гормон росту?

14. Чи хтось із Вашої родини хворіє або хворів на недугу Крейтцфельдта–Якоба?

15. Чи були Ви впродовж останніх 6 місяців у країнах Середньої та Західної Африки або Таїланді?

16. Чи проживали Ви (або перебували тимчасово) на територіях ендемічного вияву малярії чи інших тропічних хвороб? Якщо так, то коли?.....

17. Чи хворіли Ви коли-небудь на малярію, на інші тропічні хвороби? Якщо так, то коли?.....

18. Чи робили Ви впродовж останніх 12 місяців: татуаж; акупунктурні процедури; косметичну депіляцію; прокол вух або інших частин тіла? Якщо так, то коли і що саме?.....

19. Чи впродовж останніх 6 місяців або з моменту останньої донації крові Ви мали випадковий контакт із кров'ю людини або інструментами, забрудненими людською кров'ю?

20. Чи хворіли Ви коли-небудь на жовтуху? Якщо так, то коли?.....

21. Чи Ваш супутник життя або сексуальний партнер упродовж останніх 6 місяців хворів на жовтуху?

22. Чи впродовж останніх 12 місяців Ви контактували із заразним хворим?

а) чи прочитали Ви і зрозуміли листівку «Інформація для донорів про інфекційні захворювання»?

б) чи наражалися Ви на ризик інфікування (див. «Інформація для донорів...»)?

23. Чи впродовж останніх 6 місяців Ви перебували у слідчому ізоляторі або в тюрмі?

24. Чи рекомендували Вам коли-небудь відмовитися від здавання крові?

25. Чи виконуєте Ви небезпечну роботу (наприклад, водій автобуса, пілот) або ж чи маєте небезпечне хобі?

Тільки для жінок

26. Чи на сьогодні Ви вагітні і чи були вагітні впродовж останніх 12 місяців або з моменту останньої донації крові?

27. Чи є у Вас місячні? Якщо так, то коли вони були попереднього разу?.....

Виявляю згоду на процедури:

- взяття цільної крові;
- взяття плазми методом мануального плазмаферезу;
- взяття плазми методом автоматичного плазмаферезу;
- взяття тромбоцитів методом автоматичного тромбаферезу;
- взяття лейкоцитів методом автоматичного лейкоферезу.

Водночас я підтверджую, що мене поінформовано про різновид процедури, її частоту, а також про те, що я будь-якої миті можу відкликати свою згоду на взяття крові. Мене поінформовано про спосіб проведення процедури взяття крові та про ті наслідки для мого здоров'я, які можливо передбачити. Згідно з моїм сумлінням та наявними на сьогодні знаннями підтверджую, що вищенаведені відомості про перенесені мною хвороби та нинішній стан мого здоров'я є точними і правдивими. Я розумію, що надав/ла цю інформацію заради охорони мого власного здоров'я як донора і для гарантій безпеки реципієнта крові. Я вважаю, що моя кров придатна для використання з лікувальною метою.

Якщо впродовж 48 годин після закінчення донації я виявлю у себе ті чи інші хворобливі симптоми, зобов'язуюся в телефонному режимі повідомити про це лікаря, який дав згоду на взяття моєї крові.

Якщо я отримаю повідомлення про те, що необхідно ознайомитися з результатами аналізів, зобов'язуюся негайно звернутися до закладу служби крові.

Дата..... Підпис донора.....

У разі зміни місця проживання (адреси) просимо повідомити про це заклад служби крові.....
адреса.....
телефон.....

Повідомляємо, що надані в анкеті особові дані будуть розміщені у реєстрі донорів, які збираються для потреб служби крові.

Підтверджую, що ознайомився/лась з вищенаведеною інформацією.

Дата..... Підпис донора.....

Дата..... Підпис відповідальної особи.....

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ ПРИ САМОСТІЙНІЙ РОБОТІ

1. *Постійними протипоказаннями для донорства є:*
 - а) оперативне втручання;
 - б) прийом ліків;
 - в) туберкульоз;
 - г) наркоманія;
 - д) зловживання алкоголем.
2. *Класифікація та облік донорів:*
 - а) активні;
 - б) первинні;
 - в) резерву;
 - г) за бажанням;
 - д) безкоштовні.
3. *Хто проводить медичне освідчення в донори:*
 - а) лікар-терапевт;
 - б) лікар-трансфузіолог;
 - в) завідувач відділу донорських кадрів;
 - г) медична сестра;
 - д) лікар-лаборант.
4. *Донором крові може бути здорова людина віком:*
 - а) 18–60 років;
 - б) 18–65 років;
 - в) 18–70 років;
 - г) 20–70 років;
 - д) 20–75 років.
5. *Після перенесеної гострої респіраторної вірусної інфекції донор допускається до кроводачі через:*
 - а) 1 добу;
 - б) 10 діб;
 - в) 20 діб;
 - г) 1 місяць;
 - д) 1,5 місяці.
6. *Чи та ким надається донору додатковий день відпочинку:*
 - а) так;
 - б) ні;
 - в) за згодою адміністрації, де працює донор;
 - г) за бажанням донора;
 - д) за згодою адміністрації обласного центру служби крові.
7. *До здачі крові допускаються чоловіки з рівнем гемоглобіну не нижче:*
 - а) 100 г/л;
 - б) 130 г/л;
 - в) 140 г/л;
 - г) 150 г/л;
 - д) 160 г/л
8. *До здачі крові допускаються жінки з рівнем гемоглобіну не нижче:*
 - а) 100 г/л;
 - б) 110 г/л;
 - в) 120 г/л;
 - г) 150 г/л;
 - д) 160 г/л.
9. *Інтервал між кроводачами становить:*
 - а) 30 діб;
 - б) 60 діб;
 - в) 60 діб;
 - г) 3 місяці;
 - д) 4 місяці.
10. *Інтервал між плазмодачами в дозі 500–800 мл становить:*
 - а) 7 діб;
 - б) 14 діб;
 - в) 20 діб;
 - г) 1 місяць;
 - д) 2 місяці.
11. *Інтервал між процедурами тромбоцитаферезу становить:*
 - а) 14 діб;
 - б) 18 діб;
 - в) 28 діб;
 - г) 1 місяць;
 - д) 2 місяці.

12. Після оперативного втручання донора відводять від донорства строком на:

- а) 6 місяців;
- б) 8 місяців;
- в) 1 рік;
- г) 2 роки;
- д) 3 роки.

13. При контакті з хворим на гепатит В або С донор усувається від донорства на:

- а) 3 місяці;
- б) 6 місяців;
- в) 1 рік;
- г) 2,5 роки;
- д) 3 роки.

14. Максимальні показники артеріального тиску для здачі крові:

- а) 140 / 80 мм рт. ст.;
- б) 160 / 90 мм рт. ст.;
- в) 170 / 100 мм рт. ст.;
- г) 180 / 110 мм рт. ст.;
- д) 190 / 110 мм рт. ст.

15. Мінімальні показники артеріального тиску для здачі крові:

- а) 70 / 40 мм рт. ст.;
- б) 80 / 40 мм рт. ст.;
- в) 90 / 60 мм рт. ст.;
- г) 110 / 70 мм рт. ст.;
- д) 120 / 80 мм рт. ст.

16. Максимально допустима доза здачі крові становить:

- а) 250 мл;
- б) 300 мл;
- в) 400 мл;
- г) 450 мл;
- д) 500 мл.

17. Максимально допустима доза здачі плазми становить:

- а) 400 мл;
- б) 500 мл;
- в) 600 мл;
- г) 700 мл;
- д) 800 мл.

18. При заготівлі плазми для виробництва препаратів плазми методом автоматичного плазмаферезу максимально допустима доза:

- а) 400 мл;
- б) 500 мл;
- в) 600 мл;
- г) 700 мл;
- д) 800 мл.

19. Максимальний обсяг отриманої від донора плазми в рік не має перевищувати:

- а) 10 літрів;
- б) 11 літрів;
- в) 12 літрів;
- г) 15 літрів;
- д) 20 літрів.

20. Якщо вік донора плазми понад 40 років, електрокардіограму проводять з періодичністю:

- а) 1 раз на 3 місяці;
- б) 1 раз на рік;
- в) 2 рази на рік;
- г) 1 раз на 2 роки;
- д) не проводять.

Правильні відповіді:

1 — в, г; 2 — а, б, в; 3 — а, б, в; 4 — а; 5 — г; 6 — в, 7 — б; 8 — в; 9 — б; 10 — б; 11 — а; 12 — в; 13 — в; 14 — в; 15 — в; 16 — г; 17 — в; 18 — д; 19 — в; 20 — б.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Наказ* МОЗ України №385 «Про інфекційну безпеку донорської крові та її компонентів» від 01.08.2005р.
2. *Інструкція* з донорського плазмаферезу. — Київ, 1999.
3. *Про донорство* крові та її компонентів : Закон України №240/95-ВР від 23.06.1995 р. // Відомості Верховної Ради України. — 1995. — №21.
4. *Національне* керівництво з виробничої трансфузіології для закладів, підрозділів та лабораторій служби крові / А.С. Тимченко, В.В. Яворський, О.І. Малигон та ін. — Харків : Золоті сторінки, 2015. — 336 с.
5. *Актуальні* питання клінічної та виробничої трансфузіології : зб. матеріалів наук.-практ. конф. / ред. кол.: В.В. Яворський, Б.А. Рогожин, О.І. Малигон. — Харків, 2014.
6. *Сучасна* трансфузіологія : навч.-метод. посіб. / В.В. Бойко, В.В. Яворський, О.О. Павлов, О.І. Малигон. — Харків, 2012.
7. *American Association of Blood Banks : Standards for Blood Bank and Transfusion Services.* — 27th ed. — Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 2011.
8. *Служба* крові України: проблеми, шляхи вирішення / О.П. Гудзенко, В.Л. Новак, Є.Д. Мороз // Матеріали ювілейної наук.-практ. конф. за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні проблеми гематології трансфузійної медицини». — Львів, 2010. — С. 16–20.
9. *Плазма* крові донорів: виробництво та використання в Україні / П.М. Перехрестенко, Л.В. Назарчук, Т.О. Терещук // Укр. мед. часопис. — 2010. — №3. — С. 41–43
10. *Жибурт Е.Б.* Трансфузіологія : учебник / Е.Б. Жибурт. — СПб. : Питер, 2002. — 732 с.
11. *Правила* назначенія компонентов крові / Е.Б. Жибурт, Е.Л. Шегюков, Е.Л. Ключева и др. // Укр. журн. екстрем. медицины. — 2010. — №2. — С. 17–19.
12. *Качественный* подход в получении компонентов крові / А.Б. Коваленко, Ю.Б. Корж // Укр. журн. екстрем. медицины. — 2010. — №2.

