

ที่ บร ๑๘๑๘/ว ๓๕๒



ที่ว่าการอำเภอขานี
ถนนขานี - เมืองยาง บร ๓๑๑๑๐

๑๑ เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญร่วมโครงการบริจาคโลหิต “Plus 1 เพิ่มจำนวนครั้ง เพิ่มโลหิต เพิ่มชีวิต (Plus One Blood Donation More Blood More Lives)”

เรียน ตามบัญชีแนบท้าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย คุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดบุรีรัมย์ ร่วมกับโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้จัดทำโครงการ “Plus 1 เพิ่มจำนวนครั้ง เพิ่มโลหิต เพิ่มชีวิต (Plus One Blood Donation More Blood More Lives)” ช่วงเดือน มกราคม - ธันวาคม ๒๕๖๘

เพื่อให้การบริจาคโลหิตตามโครงการ “Plus 1 เพิ่มจำนวนครั้ง เพิ่มโลหิต เพิ่มชีวิต (Plus One Blood Donation More Blood More Lives)” ประจำปี เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๘ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์ อำเภอขานีจึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้มีจิตกุศล จิตอาสา (กาชาด) และประชาชนในพื้นที่ร่วมบริจาคโลหิต อวัยวะ และดวงตา ในวันอังคารที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ศาลาประชาคมอำเภอขานี อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ และขอความร่วมมือแจ้งรายชื่อผู้ประสงค์บริจาคโลหิตผ่าน QR Code ท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุณันทา ละเอียด)

ปลัดอำเภอ(เจ้าพนักงานปกครองชำนาญการพิเศษ)รักษาราชการแทน
นายอำเภอขานี



แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ

ของประชาชนทั่วไป

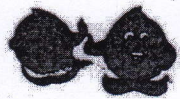
ที่ทำการปกครองอำเภอ

สำนักงานอำเภอ

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๖๖ ๖๔๓๕

บัญชีแนบท้ายหนังสืออำเภอขานี ที่ บร ๑๘๑๘/ว ๓๕๖ ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘

๑. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรขานี
๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขานี
๓. สาธารณสุขอำเภอขานี
๔. พัฒนาการอำเภอขานี
๕. เกษตรอำเภอขานี
๖. สัสดีอำเภอขานี
๗. ปศุสัตว์อำเภอขานี
๘. ท้องถิ่นอำเภอขานี
๕. สรรพากรพื้นที่ขานี
๖. ผู้อำนวยการศูนย์ขยายพันธุ์พืชที่ ๕ จังหวัดบุรีรัมย์
๗. ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้อำเภอขานี
๘. ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาขานี
๙. หัวหน้าเรือนจำชั่วคราวบ้านโคกมะตูม
๑๐. ผู้บริหารสถานศึกษาทุกแห่ง
๑๑. สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดบุรีรัมย์ เขตอำเภอขานี
๑๒. นายกเทศมนตรีตำบลทุกแห่ง
๑๓. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง
๑๔. ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอขานี
๑๕. ประธานกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีอำเภอขานี



เตรียมตัวอย่างไร ??? ก่อนไปบริจาค โลหิต

คุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต

1. มีน้ำหนัก 45 กิโลกรัมขึ้นไป
2. อายุระหว่าง 17 ปี ถึง 60 ปีบริบูรณ์ (ถ้าเป็นผู้บริจาคครั้งแรกต้องอายุไม่เกิน 55 ปี)
3. มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่อยู่ระหว่างไม่สบาย เป็นไข้หวัด เจ็บคอปวดศีรษะ หรือรับประทานยาใดๆ โดยเฉพาะยาแก้แอสเม หรือยาปฏิชีวนะ ต้องหยุดยาแล้วอย่างน้อย 7 วัน
4. ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หรือติดยาเสพติด ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์
5. ไม่มีประวัติโรคตับอักเสบ หรือติชาน ตัวเหลือง ตาเหลือง
6. ไม่เป็นไข้มาเลเรียนาในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา
7. ไม่อยู่ในภavnน้ำหนักลดมากในระยะสั้น
8. ไม่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อการบริจาคโลหิต เช่น กามโรค โรคติดเชื้อต่าง ๆ ไอเรื้อรัง ไขมีโลหิต โลหิตออกง่ายผิดปกติ หยุดยาก โรคเลือดชนิดต่าง ๆ โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ โรคลมชัก โรคผิวหนังเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ มะเร็ง หรือโรคอื่น
9. สตรีไม่อยู่ในระหว่างมีประจำเดือน ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และไม่มีการคลอดบุตรหรือแท้งบุตรภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
10. ไม่ทำการเจาะหู สัก สบรอยสัก ผ่าเข้าในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
11. ไม่เคยรับการผ่าตัดใหญ่ ภายใน 6 เดือน / ผ่าตัดเล็กภายใน 7 วัน
12. ไม่อยู่ในช่วงรับวัคซีนป้องกันโรค ภายใน 2 เดือน หรือเคยรับเชรุม ภายใน 1 ปี จดกรรื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนบริจาค

การเตรียมตัวผู้บริจาคโลหิต

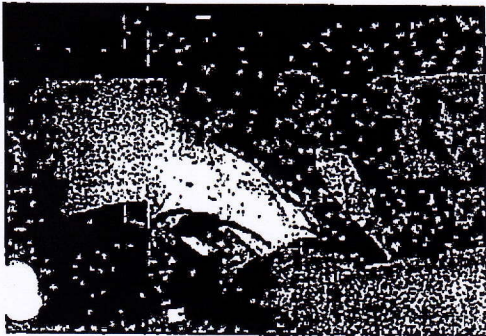
ก่อนบริจาคโลหิต

1. นอนหลับให้เพียงพออย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อเนื่องในวันลาปกติก่อนวันบริจาค
2. รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และธาตุเหล็กเพิ่ม
3. รับประทานอาหารมื้อหลักก่อนมาบริจาคโลหิต หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เนื่องจากจะทำให้สีของพลาสมาผิดปกติเป็นสีขาวขุ่น ไม่สามารถนำไปใช้ได้



4. ดื่มน้ำ 3-4 แก้ว และเครื่องดื่มเหลวเพิ่ม เช่น น้ำผลไม้ นม น้ำหวาน เพื่อเพิ่มปริมาณโลหิตในร่างกาย จะช่วยป้องกันอาการแทรกซ้อน เช่น หน้ามืด อ่อนเพลีย หรือเวียนศีรษะ เป็นลม
5. จดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนบริจาค
6. จดสูบบุหรี่ ก่อนบริจาคโลหิต 1 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดฟอกโลหิตได้ดี

ขณะบริจาคโลหิต



1. สวมใส่เสื้อผ้าที่แขนเสื้อไม่คับเกินไป สามารถดึงขึ้นเหนือข้อศอกได้อย่างน้อย 3 นิ้ว
2. เลือกแขนข้างที่เส้นโลหิตดำใหญ่ชัดเจน ผิวหนังบริเวณที่จะให้เจาะ ไม่มีผื่นคัน หรือรอยเขียวช้ำ ถ้ามีอาการผ่านเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบล่วงหน้า
3. ทำตัวตามสบาย อย่างส้ว หรือวิตกกังวล ไม่ควรเครียดมากฝรั่ง หรืออมลูกอมขณะบริจาคโลหิต
4. ขณะบริจาคควรบีบลูกยางอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้โลหิตไหลได้สะดวก หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น วิงเวียน มีอาการคล้ายจะเป็นลม อาการหาอาการเจ็บที่ผิดปกติ ต้องรีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในบริเวณนั้นทราบทันที
5. หลังบริจาคโลหิตเสร็จเรียบร้อย ห้ามลุกทันที ให้นอนพักสักครึ่งจนกระทั่งรู้สึกสบายดี จึงถูกไปดื่มน้ำ และรับประทานอาหารว่างที่จัดไว้

หลังบริจาคโลหิต

1. ภายหลังบริจาคโลหิต หลีกเลี่ยงจาก แผล หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
2. ดื่มน้ำมากกว่าปกติ เป็นเวลา 1-2 วัน
3. หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก หรือออกกำลังกายที่ต้องเสียเหงื่อมากๆ
4. จดใช้กำลังแขนข้างที่เจาะ รวมถึงการท้าวของหนักๆ เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ภายหลังบริจาคโลหิต
5. ถ้ามีอาการเวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม หรือรู้สึกผิดปกติ ให้รีบนั่งก้มศีรษะต่ำระหว่างเข่า หรือนอนราบยกเท้าสูงจนกระทั่งมีอาการปกติจึงลุกขึ้น
6. ถ้ามีโลหิตซึมออกมาจากรอยผ้าปิดแผล อย่าตกใจ ให้กดแขนและยกแขนสูงไว้ประมาณ 3-5 นาที
7. จดทำงานเป็นปายที่สูง หรือ หลีกเลี่ยงการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล 1 วัน
8. รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และยาธาตุเหล็กที่ได้รับวันละอย่างน้อย 1 เม็ด จนหมด เพื่อป้องกันการโลหิตจางเนื่องจากขาดธาตุเหล็ก



บริจาคโลหิตได้ที่ หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ใดทุกแห่ง และ
คลังเลือด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 08.30 - 16.00 น. ทุกวัน โทร. 0 - 4461-5002 ต่อ 2040, 2166

4. ดื่มน้ำ 3-4 แก้ว และเครื่องดื่มเหลวเพิ่ม เช่น น้ำผลไม้ นม น้ำหวาน เพื่อเพิ่มปริมาณโลหิตในร่างกาย จะช่วยป้องกันอาการแทรกซ้อน เช่น หน้ามืด อ่อนเพลีย หรือเวียนศีรษะ เป็นลม
5. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนบริจาค
6. งดสูบบุหรี่ ก่อนบริจาคโลหิต 1 ชั่วโมง เพื่อให้ปลอดพอกโลหิตได้ดี

ใบสมัครผู้บริจาคโลหิต		
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย		
☐ ผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก	☐ ผู้บริจาคโลหิตประจำ	วันที่ (วัน/เดือน/ปี).....
ช่วงอายุบริจาคได้ : โลหิตรวม 17-70 ปี # ถ้าอายุ 17 ปี ต้องมีหนังสือยินยอมจากผู้ปกครอง # บริจาคครั้งแรกอายุไม่เกิน 60 ปี # ผู้บริจาคประจำ อายุ 65-70 ปี ต้องผ่านการประเมินเพิ่มเติม โลหิตเฉพาะส่วน 17 - 60 ปี # บริจาคครั้งแรกอายุไม่เกิน 50 ปี และเคยบริจาคโลหิตรวมมาก่อน		
เฉพาะผู้บริจาคโลหิตประจำ ครั้งที่แล้วท่านได้บริจาค : ☐ โลหิตรวม ☐ โลหิตเฉพาะส่วน โลหิตเฉพาะส่วน กรุณาระบุ : ☐ เม็ดโลหิตแดง ☐ เกล็ดเลือด ☐ พลาสมา ☐ อื่น ๆ..... การบริจาคครั้งที่ผ่านมา : ☐ ไม่มีปัญหา ☐ มีปัญหา : ☐ เป็นลม ☐ เสียชีวิต ☐ หาเส้นโลหิตยาก ☐ ได้รับแจ้งให้งดบริจาคชั่วคราวเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....		
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - - -		
เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต.....		
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม สถานที่ที่ติดต่อได้ ☐ ที่อยู่เดิม ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ระบุ..... รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail address..... อาชีพ : ☐ นักเรียน นักศึกษา ☐ ข้าราชการ ทหาร ตำรวจ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท รับจ้าง ☐ พระภิกษุ สามเณร ☐ เกษตรกร ☐ ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย ☐ อื่นๆ..... ชื่อ นาย, นาง, นางสาว(กรุณาเขียนตัวบรรจง) ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี)		
สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล		หมู่โลหิต Rh
เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต.....		บริจาคครั้งที่.....
กรณีผู้บริจาคโลหิตประจำไม่มีบัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต		
บริจาคโลหิตครั้งแรกเมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....		สถานที่บริจาค.....
บริจาคโลหิตครั้งสุดท้ายเมื่อ (วัน/เดือน/ปี)		สถานที่บริจาค.....
Unit Number .	ความดันโลหิต.....มม.ปรอท	☐ Deferred ☐ กินยาที่มีผลต่อเกล็ดเลือด ☐ Under volume ☐ High volume ☐ Discarded
	ซีพอร์..... ครั้ง/นาที ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ	
	หัวใจ/ปอด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ	
	อุณหภูมิร่างกาย.....°C ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	
	Hb.....ก/ดล. ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	
หมายเหตุ.....		
เจ้าหน้าที่ทะเบียน..... เจ้าหน้าที่เตรียมถุง..... เจ้าหน้าที่ผู้เจาะเก็บ..... เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่างโลหิต..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ.....		

แบบสอบถามสำหรับผู้บริจาคโลหิต

เพื่อความปลอดภัยของท่านผู้บริจาคโลหิต และความปลอดภัยของผู้รับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และหากไม่แน่ใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัย กรุณาดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคโลหิตของผู้บริจาคโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

สุขภาพทั่วไป	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมที่จะบริจาคโลหิต.....	☐	☐
2. ท่านนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (ไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง).....	☐	☐
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภายใน 6 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	☐	☐
4. ท่านมีโรคประจำตัว หรือเคยเป็นโรค (ระบุ).....	☐	☐
5. ท่านรับประทานยาปฏิชีวนะ (ยาฆ่าเชื้อ) ภายใน 7 วันที่ผ่านมา ชื่อยา.....	☐	☐
6. ท่านรับประทานยาแอสไพริน ยากล่อมประสาท หรือยาอื่นๆ ในกลุ่ม เดียวกันภายใน 2 วันที่ผ่านมา.....	☐	☐
7. ท่านมีการใช้ ยา / สมุนไพร / อาหารเสริมที่มีไบโอดีโนเป็นส่วนประกอบ เป็นประจำ ได้แก่.....	☐	☐
8. ท่านดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	☐	☐
9. ท่านเคยบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดโลหิตในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา โปรดระบุ ☐ กระแสโลหิต ☐ ไจกระดุก	☐	☐
การตั้งครรภ์ / คลอดบุตร		
10. ท่านเคยตั้งครรภ์ หรือแท้งบุตร มาก่อน.....	☐	☐
11. ท่านอยู่ในช่วงตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร.....	☐	☐
12. ท่านคลอดบุตร หรือแท้งบุตร ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	☐	☐
ประวัติด้านแพทยศาสตร์: สำหรับทุกเพศ		
13. ท่านหรือคู่ของท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับ : ผู้ที่ไม่ใช่คู่ของตนเอง / ผู้ที่ทำงานบริการทางเพศ/ ผู้เสพยาเสพติด / ผู้ที่อาจติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น.....	☐	☐
14. ท่านเคยใช้ยาหรือการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	☐	☐
15. ท่านมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์แบบชายกับชาย.....	☐	☐
ประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อต่าง		
16. ท่านอดทน ขูดหินปูน ภายใน 3 วันที่ผ่านมา / ถอนฟัน รักษาฟัน ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	☐	☐
17. ท่านท้องเสีย ท้องร่วง ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	☐	☐
18. ท่านเคยเจาะหู เจาะผิวหนัง ลัก ลบรอยสัก ฟันเขี้ยว ภายใน 4 เดือนที่ผ่านมา.....	☐	☐
19. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดเล็ก ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	☐	☐
20. ท่านเคยผ่าตัดใหญ่ ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	☐	☐
21. ท่านเคยป่วยและได้รับโลหิต / ส่วนประกอบโลหิต ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	☐	☐
22. ท่านเคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต.....	☐	☐
23. ท่านเคยถูกเข็มที่เปื้อนเลือดตำ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา.....	☐	☐

24. ท่านเคยป่วยเป็นโรคตับอักเสบ หลังอายุ 11 ปี.....	☐	☐
25. คู่ของท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่าน เป็นโรคตับอักเสบ ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา.....	☐	☐
26. ท่านเคยตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคตับอักเสบ.....	☐	☐
27. ท่านเคยป่วยเป็นโรคมะเร็ง ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา.....	☐	☐
28. ท่านเคยเข้าไปในพื้นที่ที่มีเชื้อมาลาเรียชุกชุม ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา.....	☐	☐
29. ท่านเคยป่วยเป็นโรคเอดส์ / โรคติดเชื้อ / โรคใช้เข็มฉีดยา / โรคใช้เข็ม / โรคใช้เข็ม / โรคใช้เข็ม.....	☐	☐
30. ท่านได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา.....	☐	☐
31. ท่านได้รับเซรัม ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา.....	☐	☐
32. ท่านเคยมีประวัติเสพยาเสพติด.....	☐	☐
33. ท่านเคยถูกควบคุมตัวหรือจองจำในเรือนจำติดต่อกันเกิน 72 ชั่วโมง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา.....	☐	☐
34. ท่านเคยมีน้ำหนักลด มีไข้ มีต่อมน้ำเหลืองโตโดยไม่ทราบสาเหตุ ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยตรวจพบว่ามีเชื้อเอชไอวี.....	☐	☐
35. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2539 ท่านเคยพำนักรักษาในโรงพยาบาล.....	☐	☐
36. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2544 ท่านเคยพำนักรักษาในโรงพยาบาล.....	☐	☐
37. ท่านนับใจว่าโลหิตของท่านมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย.....	☐	☐

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและตอบคำถามตามความเป็นจริง

ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย นำไปใช้ประโยชน์ในงานบริการโลหิตหรืองานวิจัยด้าน
การแพทย์* ด้วยความสมัครใจ และรับทราบว่าโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และเอชไอวี ก่อนจะ
นำไปใช้ในทางการแพทย์ รวมทั้งรับทราบว่าสามารถนำไปผลิตเป็นยาเพื่อจำหน่ายและแจกจ่ายให้แก่โรงพยาบาลที่ใช้รักษาผู้ป่วย

ข้าพเจ้ามอบใจว่าโลหิตของข้าพเจ้าปลอดจากผู้ป่วย

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและโอกาสเกิดผลข้างเคียงของการบริจาคโลหิตแล้ว และยินดีที่จะบริจาคโลหิตในครั้ง
นี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวม ประมวลผล ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการวิจัยทางการแพทย์และงาน
บริการโลหิตครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อผู้สมัคร..... วันที่.....

*การวิจัยทางการแพทย์เพื่อประโยชน์สาธารณะที่ไม่หวังผลตอบแทนที่ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือขององค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง (ข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและการทดลองใน
มนุษย์ พ.ศ. 2525) หรืองานวิจัยที่ประกาศเพิ่มเติมภายหลัง

ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี).....

ลงชื่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์โครงการ.....

**หนังสือยินยอมของผู้ปกครอง/ผู้ให้คำยินยอมให้บริจาคโลหิต
สำหรับผู้บริจาคโลหิตอายุ 17 ปี**

- การบริจาคโลหิตเพื่อช่วยชีวิตผู้อื่น ทุกศาสนาทิถือว่า เป็นบุญกุศลที่ยิ่งใหญ่ สังคมยกย่องและเชิดชูผู้บริจาคโลหิต เมื่อมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคและภาวะต่าง ๆ ที่ต้องใช้โลหิต ซึ่งไม่สามารถทดแทนด้วยสิ่งใดได้ จำเป็นต้องได้มาจากผู้บริจาคโลหิตที่มีใจเป็นกุศลเท่านั้น
- ผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง อายุระหว่าง 17-70 ปี ถ้าผ่านเกณฑ์คัดเลือกผู้บริจาคโลหิตแล้ว สามารถบริจาคโลหิตได้โดยปลอดภัย สำหรับผู้ที่อายุ 17 ปี ต้องได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองทุกครั้ง จึงจะบริจาคโลหิตได้
- ถ้าผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ผู้บริจาคโลหิตแล้ว การบริจาคโลหิตแต่ละครั้ง มีปริมาณเพียง 12-15% ของโลหิตในร่างกาย ซึ่งไม่ก่อให้เกิดผลเสียใด ๆ ต่อผู้บริจาค ทั้งนี้ผู้บริจาคจะได้รับการตรวจคัดกรองทางด้านการแพทย์ก่อนทุกครั้งที่จะบริจาคโลหิต
- ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการจัดหาโลหิตที่ปลอดภัย ให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยทั่วประเทศ ต้องการการสนับสนุนจากทุกท่านที่มาร่วมกันบริจาคโลหิต และขอขอบคุณทุกท่านที่มีกุศลจิตในการบริจาคโลหิต เพื่อช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์

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 และไม่เรียกร้องหากเกิดกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

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

ข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้บริจาคโลหิตควรทราบ

- อายุ 17 ปี บริบูรณ์ และต้องมีเอกสารยินยอมจากผู้ปกครอง
- น้ำหนักไม่ต่ำกว่า 45 กิโลกรัมขึ้นไป
- นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย 5 ชั่วโมง
- สุขภาพแข็งแรง พร้อมที่จะบริจาคโลหิต งดบริจาคเมื่อรู้สึกไม่สบาย
- หากอยู่ระหว่างรับประทานยารักษาโรค ให้แจ้งแพทย์/พยาบาล ผู้ตรวจคัดกรองสุขภาพทุกครั้ง