

ТА ЭДГЭЭР АСУУЛТЫГ АНХААРЛАТТАЙ УНШИЖ ХАРИУЛАХ ЁСТОЙ. Энэ нь таныг болон таны цусыг сэлбүүлэх эмчлүүлэгчийг хамгаалдаг. Өөрт байгаа эмгэг болон эрсдэлтэй зан үйлийг нууцалж цус болон цусны бүрэлдэхүүн хэсгээ өгвөл хуулийн дагуу хариуцлага хүлээхийг анхаарна уу.

1. Та дараах тохиолдолд цусны донор болох боломжгүй. Хэрэв:

- Та элэгний В эсвэл С вирусын халдвартай, өмнө нь оношлогдож эмчилгээ хийлгэж байсан
- Та өөртөө мансууруулах бодис (хар тамхи) эмчийн заавар зөвөлгөөгүйгээр тарьж байсан
- Та болон таны бэлгийн хамтрагчдын аль нэг нь **ДОХ-ын** халдвар авсан эсвэл оношлогдсон (**ХДХВ-ийн** тест эерэг эсвэл эргэлзээтэй гарсан)
- Та болон таны бэлгийн хамтрагчдын аль нэгт **Тэмбүү** өвчин оношлогдож эмчилгээ хийлгэж байсан (**Тэмбүүгийн** тест эерэг эсвэл эргэлзээтэй гарсан)
- Та өмнө нь **Сүрьеэ** өвчнөөр өвдөж, оношлогдож, эмчилгээ хийлгэж байсан
- Та өөрийгөө **ХДХВ** эсвэл **элэгний В, С вирус**ын шинжилгээ хийлгэх хэрэгтэй гэж бодож байгаа

Эдгээрээс аль нэг нь тантай холбогдож байна уу?

Тийм Үгүй

2. Та ямар нэг өвчний улмаас эмчийн хяналтанд байдаг уу?

Тийм Үгүй

3. Та урьд өмнө нь (эсвэл одоо) дараах өвчнүүдээр өвдөж байсан уу? /сонгох/

Тийм Үгүй

- Зүрх судасны өвчин
- Тархины харвалт
- Чихрийн шижин
- Эпилепси /Ухаан алдалт, таталт
- Хавдар
- Харшил/ Астма
- Гемохроматоз /Цусны өвчин
- Бусад архаг өвчин

4. Та сүүлийн цус өгөлтөөс хойш эмнэлэгт хандсан уу?

Тийм Үгүй

5. Сүүлийн 12 сарын хугацаанд:

- Та **мэс засал** эмчилгээ хийлгэсэн үү? Тийм Үгүй
- Та **цус, цусан бүтээгдэхүүн** сэлбүүлсэн үү? Тийм Үгүй
- Та **урьдчилан сэргийлэх тарилга (вакцин)** хийлгэсэн үү? Тийм Үгүй
- Танай гэр бүлийн гишүүдийн дунд **элэгний В,С вирус** оношлогдсон хүн байгаа эсэх? Тийм Үгүй
- Та болон таны бэлгийн хамтрагч **Бэлгийн замын халдварт** (заг хүйтэн, хламиди, трихомониаз) өвчнөөр өвдсөн үү? Тийм Үгүй
- Та **тохиолдлын** бэлгийн хавьталд орсон уу? Тийм Үгүй
- Та **эрсдэлтэй** бэлгийн хавьталд (биеэ үнэлэгч, олон хавьтагч, ижил хүйстэнтэй) орсон уу? Тийм Үгүй
- Та **ял** эдэлж хоригдож байсан уу? Тийм Үгүй
- Гадаад улс оронд аялж амьдарч байсан уу? Тийм Үгүй

6. Сүүлийн 6 сарын хугацаанд доорх ажилбаруудаас хийлгэсэн үү?

- Хатиг, буглаа нээлгэх Тийм Үгүй
- Зүү, төөнүүр, хануур эмчилгээ Тийм Үгүй
- Шивээс, чих/бие цоолох Тийм Үгүй
- Гоо сайхны мэс ажилбар Тийм Үгүй
- Шүд авхуулсан/ шүдний эмчилгээ Тийм Үгүй

7. Сүүлийн 3 сард танд доорх шинж тэмдэгүүд байсан уу? /сонгох/

Тийм Үгүй

- шалтгаангүй ядрах
- турах
- гүйлгэх
- халуурах
- хөлрөх
- булчирхай томрох
- яр тууралт гарах
- ханиалгах
- цэр гарах
- амьсгаадах
- цээжээр өвдөх

8. Сүүлийн 3 сарын хугацаанд ямар нэгэн халдварт өвчтэй хүнтэй ойр байсан уу?

Тийм Үгүй

9. Өнөөдөр танд ямар нэгэн зовиур байна уу?

Тийм Үгүй

10. Танд сүүлийн 10 хоногт ханиад хүрсэн, хоолой өвдсөн, хомхой долоосон, ямар нэг халдварын шинж тэмдэг байна уу?

Тийм Үгүй

11. Та шөнө 6 цагаас дээш хугацаагаар унтаж амарсан уу?

Тийм Үгүй

12. Та өнөөдөр болон өчигдөр өөх тостой хоол, сүү сүүн бүтээгдэхүүн, халуун ногоо, архи согтууруулах ундаа хэрэглэсэн үү?

Тийм Үгүй

13. Та сүүлийн 1 сарын хугацаанд эмчилгээ хийлгэж, эм тариа хэрэглэсэн үү?

Тийм Үгүй

(аспирин, антибиотик, псориаз болон батганы эсрэг эмчилгээ, уураг гэх мэт)

14. Та хүнд хортой нөхцөлд ажилладаг эсвэл экстрим спортоор хичээллэдэг эсэх?

Тийм Үгүй

15. Цус өгөх үед болон цус өгсөний дараа танд ямар нэгэн зовиур байсан уу?

Тийм Үгүй

16. Эмэгтэй донорт:

- Сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн хугацаа: _____
- Та жирэмсэн, хөхүүл үү? Тийм Үгүй
- Сүүлийн 6 сард зулбалт, дутуу төрөлт, үр хөндөлт байсан уу? Тийм Үгүй

Би дээрх асуултанд үнэн зөв хариулсан болно. Миний өгсөн цусанд эмчлүүлэгчийн аюулгүй байдалд шаардлагатай шинжилгээ (цусны бүлэг, зарим халдвар:түүний дотор ХДХВ, гепатит В, С, тэмбүү) хийлгэхийг би зөвшөөрч байна.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах зорилгоор миний бөглөсөн асуумж, шинжилгээний дүнг судалгаа шинжилгээнд ашиглаж болно.

Би хүний амь нас аврах, бусдын сайн сайхны төлөө цусаа өгөхийг зөвшөөрч байна.

Донорын гарын үсэг: _____ Огноо: _____

Донортой ярилцлага хийсэн эмчийн гарын үсэг: _____

Огноо: _____