



中国造血干细胞捐献者资料库上海市分库

(中华骨髓库)

高分辨检测知情同意书

非常感谢您愿意捐献造血干细胞挽救患者的生命，在此向您和您的家人致以崇高的敬意！为了保障您的健康，维护您的合法权益，请您仔细阅读本知情同意书的全部内容。

_____先生/女士：

经中国造血干细胞捐献者资料库（即中华骨髓库）检索，您与一名患者的HLA（人类白细胞抗原）分型初步相合。为了确定您是否能够向该名患者提供造血干细胞，我们需要再抽取10-15ml血样，进行您与患者的高分辨分型检测。您的高分辨检测费用约为人民币5000元，由患者支付。

如高分辨检测确认您能够向该名患者提供造血干细胞，我们将安排您在指定的造血干细胞采集中心进行体格检查，采集中心为上海的三级甲等医疗机构，并经卫生部和中华骨髓库资质认定。如体检合格，我们将安排进行5-6天的药物动员，然后采用血细胞分离机采集外周血造血干细胞，挽救患者的生命。（注：如涉外采集，将根据总库管理中心安排或在总库管理中心指定的采集中心采集。）

造血干细胞捐献遵循自愿、无偿的原则。您有权终止捐献行为，但您许下的一份对于生命的承诺，请慎重考虑下述情况：患者及其家庭已饱受身体、精神和经济上的多重负担，由于患者病情的不稳定性，可能已来不及寻找其他配型相合者，如您选择终止捐献，将会给患者造成更大的痛苦和伤害。

请您仔细阅读本知情同意书及《高分辨检测告知书》，在充分了解内容后，填写《健康状况征询表》，并在本知情同意书上签字，确认在高分辨检测相合及体检合格后能为患者捐献造血干细胞。

注：本知情同意书一式两份，由志愿者和上海市分库分别留存。

.....
志愿者陈述：

我已充分知晓造血干细胞相关知识及捐献程序，并已仔细阅读《高分辨检测知情同意书》。经慎重考虑，并征得家人理解和支持，我同意进行高分辨检测，并承诺在高分结果相合及体检合格后能为患者捐献造血干细胞。

志愿者签名：_____

_____年____月____日



中国造血干细胞捐献者资料库上海市分库

(中华骨髓库)

高分辨检测告知书

造血干细胞动员采集的过程是安全的，一般不会影响捐献者的身体健康，至目前为止，尚无文献报告有后遗症。造血干细胞动员采集的过程按照国际通行方法，先应用重组粒细胞集落刺激因子（G-CSF 和/或 GM-CSF）进行动员，一般皮下注射5-6天，然后采用血细胞分离机采集外周血造血干细胞。现将动员采集过程中的有关问题告知如下：

1、皮下注射重组粒细胞集落刺激因子可能引起鼻塞、流涕、乏力、关节腰背酸痛及发热等类似感冒症状，一般较轻，多喝水多休息，无需特别处理，停药后即可消失。

2、外周血造血干细胞采集采用血细胞分离机，使用一次性密闭管道，需采集1-2次，每次采集量约50-200ml（根据患者体重），每次循环血量不多于15000ml。采集过程中因使用抗凝剂可能造成低钙血症，产生手麻、心慌、胸闷、恶心、冷汗及呕吐等症状，经补充钙剂后即可缓解。

3、造血干细胞采集后至少三天内勿洗澡。注意防止感染，尤其是动员剂注射部位和采集部位。采集结束后应充分休息，避免劳累过度，多喝水，多吃水果、蔬菜等。

4、捐献后一周、两周及一个月，在原采集（体检）中心进行血常规检查。

5、捐献半年后，根据安排，在原采集（体检）中心进行体格检查。

.....
志愿者陈述：

我收到并已仔细阅读《高分辨检测告知书》，充分了解知晓造血干细胞相关知识及捐献流程。

志愿者签名：_____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

注：您的高分辨检测结果将在3个月内按照您选择的方式送达您；若逾期未获知结果，您可在工作日致电中国造血干细胞捐献者资料库上海市分库热线电话：62478117。再次感谢您发扬人道主义精神，向素不相识的患者伸出援手！

以下由工作人员填写

志愿者骨髓编号：_____

上海市分库工作人员签字：

日期：_____年_____月_____日



中国造血干细胞捐献者资料库上海市分库

(中华骨髓库)

高分辨检测健康情况征询表

身高: _____ 厘米	体重: _____ 公斤 (45公斤以下不可以捐献)
年龄: _____ 周岁 (18周岁以下, 55周岁以上不可捐献)	

符合以上条件者, 请继续回答下列问题:

(回答下列问题, “是”请在□内划√, “否”则划×)

- ☐1、是否曾患过乙型、丙型肝炎, 现乙型肝炎表面抗原或丙型肝炎抗体阳性?
- ☐2、是否曾患过敏性疾病并反复发作, 如荨麻疹、支气管哮喘、耐药性过敏等?
- ☐3、是否患过结核病, 如肺结核、肾结核、淋巴结核及骨结核?
- ☐4、是否患有心血管疾病, 如各种心脏病、高血压、低血压、心肌炎以及血栓性静脉炎?
- ☐5、是否患有呼吸系统疾病, 如慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、肺功能不全?
- ☐6、是否患有消化系统或泌尿系统疾病, 如较重的胃及十二指肠溃疡、慢性胃肠炎、慢性泌尿道感染、肾病综合症以及慢性胰腺炎?
- ☐7、是否患有血液病, 如贫血、白血病、真性红细胞增多症及各种出、凝血性疾病?
- ☐8、是否患有内分泌疾病或代谢障碍性疾病, 如脑垂体疾病, 肾上腺疾病、甲亢、肢端肥大症、尿崩症及糖尿病?
- ☐9、是否患有器质性神经系统疾病或精神病, 如脑炎、脑外伤后遗症、癫痫、精神分裂症、癔病、严重神经衰弱等?
- ☐10、是否患有影响健康的良性肿瘤?
- ☐11、是否曾做过切除胃、肾、脾等重要内脏器官手术?
- ☐12、是否患有慢性皮肤病, 特别是传染性、过敏性及炎症性全身皮肤病, 如广



高分辨检测阶段亲属声明

本人_____, 身份证号: _____, 系完全民事行为能力人,
本人与【_____】系_____关系。

【_____】出生于____年____月____日, 身份证号: _____,
系完全民事行为能力人, 具有依法独立承担法律责任的资格和能力。

本人了解, 【_____】已经认真阅读过并签署了《造血干细胞捐献志愿者告知书》、《志愿捐献者同意书》、《志愿捐献者初步健康状况征询表》、《高分辨检测健康情况征询表》、《高分辨检测告知书》及《高分辨检测知情同意书》, 且本人也已认真阅读过【_____】与中国造血干细胞捐献者资料库上海市分库的相关资料, 对【_____】进行造血干细胞高分辨检测的有关情况已充分知晓。

本人了解, 【_____】已经充分知晓造血干细胞相关知识及捐献程序, 经慎重考虑, 【_____】同意进行高分辨检测。

本人承诺: 经过家庭统一意见后, 家庭各成员均尊重【_____】的选择, 对其选择表示支持和理解。

亲属签名: _____

联系电话: _____

签名日期: _____年____月____日

说明:

1、亲属填写顺序为: (1) 配偶; (2) 父母; (3) 成年兄弟姐妹; (4) 其他近亲属。

2、请认真阅读本说明, 由志愿者亲属签名。

3、请志愿者将该《亲属声明》发送至上海市分库指定邮箱: shdmb@126.com 或快递至上海市分库。