



中国造血干细胞捐献者资料库上海市分库 (中华骨髓库) 体检知情同意书

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：

经高分辨检测，您与患者的HLA分型相合，能够向该名患者提供造血干细胞。为了确定您是否符合捐献的身体条件，我们将安排您在定点医院进行体格检查。您的体检费用约为1500元，由患者支付。（您将接受的体检项目附后）

我们将在15个工作日内为您邮寄体检报告复印件。如体检合格，根据患者的移植计划，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。负责实施体检和采集的是：☐华山医院 ☐第一人民医院 ☐仁济医院 ☐长海医院 ☐其他 _____

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，但您许下的是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《体检告知书》，在充分了解内容后在本知情同意书上签字，确认在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《体检知情同意书》。经慎重考虑，并征得家人理解和支持，我同意进行体格检查，并承诺在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)

体检告知书

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《体检告知书》, 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: 您的体检报告复印件将在 15 个工作日内按照您选择的方式送达您; 若逾期未收到信件, 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

志愿者体检汇总表

骨髓编号			性别		出生年月		
身高		体重		对应患者编号			
体检医院							
内科系统	血压		辅助检查	眼底/视力			
	皮肤检查			胸片			
	淋巴结检查			心电图			
	心肺听诊			腹部B超			
	甲状腺B超			尿常规			
血液检查	血常规			便常规			
	ABO血型		巨细胞病毒抗体IgG				
	Rh (D) 血型		巨细胞病毒抗体IgM				
	凝血		血糖				
	甲肝抗体		HIV抗体 (酶标法)				
	乙肝表面抗原		梅毒螺旋体抗体				
	乙肝表面抗体		乙肝病毒HBV-DNA				
	乙肝E抗原		心肌酶谱				
	乙肝E抗体		心肌标志物				
	乙肝核心抗体		EB病毒抗体IgG				
	丙肝抗体		EB病毒抗体IgM				
	肾功能		EB病毒DNA				
	肝功能		甲功 (五项)				
	家族史/既往史						
	备注						
检查意见	合格 ☐ 不合格 ☐ 复查 ☐ 建议复查日期: _____ 具体复查项目: _____ 医院盖章: _____ 医师签字: _____ 检查日期: _____						

注: 各检测项目报告单请附后



体检阶段亲属声明

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》、《体检告知
书》及《体检知情同意书》，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
行造血干细胞体检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，【_____】同意进行体检。

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。



中国造血干细胞捐献者资料库上海市分库 (中华骨髓库)

捐献造血干细胞告知确认书

_____先生/女士:

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。

捐献者陈述:

我收到并已仔细阅读《捐献造血干细胞告知确认书》, 相关医务人员已将捐献、采集造血干细胞的相关情况向我做了充分说明, 并解答了有关问题, 对于上述内容, 我已充分了解知晓。

经慎重考虑, 并征得家人的理解和支持, 我同意为患者捐献造血干细胞。如我擅自拒绝捐献, 则由我自行承担相关责任和费用, 并承担征信风险。

捐献者签名: _____

_____年__月__日

.....

医务人员陈述:

我已在_____ (告知地点), 将上述相关条款向捐献者做了详细的告知, 解答了相关的问题。

医院: _____

主治医师签字: _____

日期: ____年 ____ 月 ____ 日

.....

见证方签字: _____

上海市分库工作人员签字: _____

日期: ____年 ____ 月 ____ 日