

## 新型冠状病毒相关健康状况征询表 V14

尊敬的献血者：

为保证血液安全，本血站对新冠病毒相关流行病学情况进行征询。请您认真阅读以下内容，如实填写相关征询信息。（请在  内以“√”表示）

您是否	
1. 28天（4周）内 曾在境外或国内中高风险地区居住或旅行？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 28天（4周）内 曾密切接触新冠肺炎确诊或疑似病人？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 28天（4周）内 曾密切接触被要求居家隔离人员？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 28天（4周）内 曾密切接触有发热及呼吸道症状的人员？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 28天（4周）内 曾出现过发热或干咳等相关症状？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 48小时（2天）内 曾接受新冠病毒 <b>灭活疫苗</b> 接种？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 14天（2周）内 曾接受其他类型新冠病毒疫苗接种？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 6个月内 曾感染新型冠状病毒？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

本人理解健康征询与血液安全的关联性与重要性，承诺在《新型冠状病毒相关健康状况征询表》提供的所有资料和信息是真实的，本人愿意承担因提供虚假资料和信息所带来的一切后果。并承诺在献血后4周内如本人出现发热、干咳、乏力、气促等新型冠状病毒肺炎相关症状或被要求隔离时，会致电告知上海市浦东新区血站（电话：021-50179572）。

献血者签名：

日期： 年 月 日

随申码颜色：**绿色**  **黄色**  **红色**

工作人员签名：

日期： 年 月 日