附件

新冠肺炎相关健康状况征询表

尊敬的献血者：

为保证血液安全，现对新冠肺炎相关流行病学情况进行健康征询。请您仔细阅读以下内容，并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？ | □是 □否 |
| 2. 28天（4周）内曾密切接触新冠病毒感染者或聚集性发病人群？ | □是 □否 |
| 3. 28天（4周）内曾密切接触被要求居家隔离人员？ | □是 □否 |
| 4. 28天（4周）内曾密切接触有发热或呼吸道症状的人员? | □是 □否 |
| 5. 28天（4周）内曾出现过发热或呼吸道症状？ | □是 □否 |
| 6. 48小时内曾接受新冠病毒灭活疫苗接种？ | □是 □否 |
| 7. 14天（2周）内曾接受灭活疫苗以外的其他类型新冠病毒疫苗接种（不包括减毒活疫苗）？ | □是 □否 |
| 8. 6个月内曾被诊断为新型冠状病毒感染者？ | □是 □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《新冠肺炎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。

同时本人了解并承诺在献血后4周内如本人出现发热、干咳、乏力、气促等新冠肺炎相关症状或被要求隔离时，会致电告知血站（电话：XXXXXXXXXXX）。

献血者签名：

日期：

健康码颜色：绿色 □ 黄色□ 红色□

工作人员签名：

日期：