

中国造血干细胞捐献者资料库

地址：北京市东城区干面胡同 53 号（100010）

电话：010-65221901

传真：010-65221901

《志愿者再动员通知》回执

志愿者姓名		采样编号	
骨髓编号		收到《志愿者再动员通知》日期	
再动员情况： ☐ 同意捐献，健康状况良好，已填写《健康状况征询表》《谈话记录》_____ ☐ 不同意捐献 原因：_____通过了解未来还有患者配型成功时可能捐献吗？_____ ☐ 不能捐献 ☐ 原因：_____ ☐ 此次不能捐献：_____ ☐ 失去联系 ☐ 其他情况(请注明)： ☐ 志愿者已迁往外地，目前联系方式：_____			
家庭地址		家庭电话	
单位地址		单位电话	
手机		传真	
其他联系方式			
备注			
单位(盖章) 日期:2026. 3. 21			

注:本回执请在接到《志愿者再动员通知单》后，十个工作日内回复。

中国造血干细胞捐献者资料库

地址：北京市东城区干面胡同 53 号（100010）

电话：010-65221901

传真：010-65221901

再 动 员 谈 话 记 录

同志：

感谢您报名捐献造血干细胞，为挽救血液病人的生命而乐于奉献的人道、博爱精神令人感佩，现经中华骨髓库初次检索，您与一名患者的 HLA 低分辨率相合，我们将为您介绍捐献过程，并再次征询您的意愿。

☐ 登录 www.jsmarrow.org.cn 观看相关捐献视频。与已捐献的捐献者进行交谈，沟通捐献的经验和感受。其他：_____

☐ 再次告知志愿者捐献相关事宜：

1、请遵守自愿、无偿捐献，供、患者互不了解对方信息，供、患者不在同一家医院采集、移植等原则。

2、高分辨、体检：在您再动员同意后，为了确定您是否能够向这名患者捐献造血干细胞，我们将抽取一些血样，进行您与患者的高分辨率检测实验。一旦您与患者高分辨检测相合，还需要进行身体检查（以上两项检查费用均由患者支付）。如果体检合格，就可以捐献造血干细胞，拯救患者的生命。

3、采集前，需注射 4-6 天动员剂(进口的粒细胞集落刺激因子，G-CSF)，根据志愿者个体差异可能会出现轻度腰酸背痛、低热等感冒症状，动员剂停用后，这些症状就会消失；采集时可能会出现手足麻木等缺钙症状，通过补钙后，症状就会消失；一般采集后 7-14 天，血常规等指标就会恢复正常，捐献后感觉和恢复类似于献血后感觉和恢复，无需特别进补。

3、采集一般需 1-2 次，采集 100ml-200 ml 左右的造血干细胞混悬液。采集是通过外周血采集，类似于献血小板。采集后，中华骨髓库将为志愿者颁发荣誉证书及赠送保险，并在捐献半年后安排体检。

请您慎重考虑，确认在高分辨检测相合和体检合格后能为患者捐献造血干细胞，务必取得配偶及其他家属的理解支持。

☐ 志愿者同意捐献，配偶及父母支持；

☐ 志愿者捐献意愿坚决，但家属不支持或不知情，志愿者能不受家人干扰坚持捐献；

☐ 志愿者不同意捐献。

其他_____

志愿者联系方式_____

谈话人签字 _____ 志愿者（及家属）签字_____

日期：_____ 年 月 日

中国造血干细胞捐献者资料库

地址：北京市东城区干面胡同 53 号（100010）

电话：010-65221901

传真：010-65221901

志愿者健康状况再次征询表

姓名		性别	男	出生日期	
身高		体重		血 型	

1、您的健康状况良好？ 是（ ） 否（ ）

*参加过无偿献血吗？最近的献血时间？ _____

*最近的一次体检或检查？有无住院？时间？原因？ _____

*生活习惯：抽烟： _____ 支/天； 饮酒： ☐ 经常， ☐ 偶尔； 熬夜： ☐ 经常， ☐ 偶尔 _____

*服用保健品或药品情况： _____。

2、请继续回答下列问题：（回答下列问题，“是”请在□内划√，“否”则划X）

☐ 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？

☐ 是否曾患过过敏性疾病并反复发作，如荨麻疹、哮喘、药物性过敏等？发作和治疗情况？

☐ 是否曾患过结核病，如肺结核、肾结核、淋巴结核及骨结核？

☐ 是否患有心血管疾病，如各种心脏病、高血压、心肌炎以及血栓性静脉炎等？

☐ 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？

☐ 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、急慢性肾炎、慢性泌尿道感染、肾病综合症以及慢性胰腺炎？

☐ 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？

☐ 是否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？

☐ 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？

☐ 是否患有影响健康的良性肿瘤？

☐ 是否曾做过切除胃、肾、脾等重要内脏器官手术？

☐ 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，如广泛性湿疹及全身性牛皮癣等？

☐ 是否患有眼底有变化的高度近视或近视曲光度在 800 度以上？

☐ 是否患有自身免疫性疾病及胶原性疾病，如系统性红斑狼疮、硬皮病等？

☐ 是否患有性病、梅毒、麻风病和艾滋病或是艾滋病病毒感染者？

☐ 是否有过吸毒史？

☐ 是否曾因患有不能献血的其他疾病而被拒绝无偿献血？

☐ 是否在五年内曾输注过全血及成份血？

☐ 是否经常接触射线、有毒、有害化学物质（如从事放射、化工、印染、装潢行业等）？

☐ 是否经常从事高空、高危作业？

☐ 其他症状： _____

感谢您的支持，既为了您的身体健康，也为了等待您挽救的生命，请您限烟限酒，适当增加运动量，清淡饮食，生活规律！

志愿者签字： _____