

个人信息及健康筛查

按照您所在的省政府签发的健康卡或同等文件上的名字输入您的名字。
请使用不褪色墨水。

首选通信语言:

- 英语 法语 中文繁体
 中文简体 西班牙语 越南语 波斯语

名: _____ 中间名或首字母: _____
姓: _____ 出生日期: _____ 必须 17-35 岁
(年/月/日)
性别: 女 男

地址: _____ (公寓/房间/单元) _____ (街道) _____ (城市) _____ (省/地区) _____ (邮编)

住宅电话: (_____) _____ 手机: (_____) _____ 工作电话: (_____) _____ 分机 _____

电邮: _____ 请注意: 提供电邮信箱地址表明您同意通过电子邮件联络。

请尽可能填写以下族裔方格 (为您自己和所列的每个家庭成员只选择一个族裔)。

	原住民	因纽特人	梅蒂人	白人	犹太裔 - 德系犹太人	犹太裔 - 西班牙系犹太人	黑人 - 非洲	黑人 - 加勒比海	黑人 - 其他	阿拉伯裔	拉美裔	北亚裔	华裔	东北亚裔	中亚裔	南亚裔	菲律宾裔	东南亚裔	太平洋群岛人	多族裔	其它	未知
您本人																						
父亲																						
祖母																						
祖父																						
母亲																						
外祖母																						
外祖父																						

如果我们想找到您的话, 请提供能够联系到的其他联系人 (您的家庭以外的人):

名: _____ 姓: _____ 与您的关系: _____
电话: (_____) _____ 电邮: _____

请用 表示您对以下每个问题的回答。

	是	否	不确定
您有省健保计划或同等计划的保险吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
您的年龄是在 17 至 35 岁之间吗 (对于魁北克居民, 您的年龄是在 18 至 35 岁之间吗)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
您的总体健康情况良好吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
请说明您的身高: _____ <input type="checkbox"/> 英寸 <input type="checkbox"/> 厘米 和体重: _____ <input type="checkbox"/> 磅 <input type="checkbox"/> 公斤			
您以前献过血吗? 如果是, 最后一次献血是在哪一年和在什么城市? 年: _____ 城市: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
献血者 ID: _____			
您有被加拿大血液服务中心/Héma-Québec 或医生告知您不应该献血吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
如果是, 为什么?			
您有捐献过干细胞吗? 如果是, 是在哪一年和在哪个国家捐献的? 年: _____ 国家: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您有艾滋病 (HIV 或 AIDS) 呈阳性的检测吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在过去 5 年内, 您有用针头注射过毒品、类固醇或任何非医生处方的东西吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在过去 5 年内, 您有用钱或毒品换取性行为吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
男性登记捐献者: 在过去 5 年内您与男性有过性行为 (即使一次) 吗? *如果您是女性, 请选择“否”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您曾患过以下疾病/病症吗:

	是	否	不确定
癌症 (不包括已治愈的鳞状或基底细胞皮肤癌或原位宫颈癌)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心脏病, 心绞痛或中风	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您患过任何疾病或病症, 其需要器官移植, 干细胞移植或硬脑膜 (脑膜) 移植吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心脏疾病或心脏手术 (不包括心脏病发作或心绞痛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺病 (不包括哮喘)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
哮喘 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 您在过去一年有住院治疗和/或持续服用类固醇片剂吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
胰岛素依赖型糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性疲劳综合症或纤维肌痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
溃疡性结肠炎或克罗恩病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
多发性硬化症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
风湿性关节炎或强直性脊柱炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神分裂症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
躁狂抑郁症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癫痫症 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 您在过去 12 个月内有发作过和/或您需要不断地服药控制发作吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
查格斯氏病, 巴倍西焦虫病或利什曼病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血友病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
艾滋病 (AIDS) / 艾滋病病毒 (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血友病除外的凝血疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝炎, 黄疸病或肝炎检测呈阳性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
贫血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您知道您的任何血亲有被诊断患有克雅氏 (Creutzfeldt-Jakob) 病, 通常叫做“疯牛病”吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
关于您的健康您有担心的任何其它问题吗? 如果是, 请解释:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

请注意, 此信息可能随时有变更。最终的资格确定取决于 OneMatch 的工作人员。
如果您有任何其它问题, 请联系 OneMatch, 电话号码是 1 888 2 DONATE (1-888-236-6283)

给 OneMatch 注册捐献者的通知和参加同意书

我们的承诺

在加拿大血液服务中心，我们致力于保护我们所拥有的所有个人信息的机密和安全。我们通过遵守相关法律和最佳实践来做到这一点并且鼓励您上网阅读我们的隐私政策，网址是 www.blood.ca/privacy。

目的

加拿大血液服务中心负责管理 OneMatch 干细胞及骨髓网络登记处。

OneMatch 干细胞及骨髓网络的目的是为需要干细胞移植的病人征募健康和尽责的无偿献血者。注册捐献者的配血试验结果将列在 OneMatch 干细胞及骨髓网络登记处中，目的是为需要干细胞移植的病人找到可能的配对。

什么是个人信息？

个人信息，其中包括个人健康信息，是可能用来识别您的身份的信息。个人信息包括您的姓名、地址、电子邮件、出生日期、健康状况和配血试验等详细资料。

您的个人信息的收集

为了让您参加 OneMatch，我们将从您的腮拭拭以及您的健康筛查问卷答案中收集关于您的个人信息。此类信息将保存在电子数据库中，构成加拿大血液服务中心 OneMatch 干细胞及骨髓网络的一部分，其服务器位于安省渥太华。因为您的个人信息将保存在安省，所以可能受到安省隐私法律的约束，同时也受您所在省份隐私法律的制约。我们还可能查阅我们的资料，是为了确定您是否献过血或曾尝试献血，或如果您是女性并生过孩子，您是否曾通过加拿大血液服务中心国家公共脐血库捐献过您的婴儿的脐带血。我们需要收集关于您的此类信息，以便我们能够确定您加入 OneMatch 的资格和为了解收到腮拭拭盒的情况而联络您，以便您能够继续您的登记程序。

如果确定您不符合资格参加 OneMatch 或您没有提供腮拭拭样本，我们将不使用您的个人信息而将您确定为需要移植病人的潜在捐献者。但是，我们届时已收集到的关于您的个人信息将保留在 OneMatch 的数据库中，以便我们能够保存曾打算参加 OneMatch 者的个人记录。关于您的信息--已输入到 OneMatch 数据库但不用于确认您的身份--可被用于管理 OneMatch 干细胞及骨髓网络的目的，或用于统计目的。

腮拭拭的收集和检测

如果我们确定您符合资格并且您愿意登记参加 OneMatch，您将被要求将腮拭拭样本返回给加拿大血液服务中心，在那里对该样本进行配血试验。腮拭拭是用一个特别的药签擦拭您的双颊内部，以采集用于配血试验的细胞。配血试验的结果将被输入 OneMatch 的数据库中。我们需要收集此类个人健康信息，用于将您确定为需要干细胞移植病人的潜在干细胞捐献者。

您的腮拭拭样本可能由加拿大血液服务中心无限期地保存，以备在需要进一步检测时进行进一步的配血试验。可能需要做进一步的配血试验，以确定您是否与某个具体病人相配型，或确定在配型过程中一种新的配血试验是否是重要的并且您的腮拭拭样本是否以前没有做过这种新型的配血试验。如果在任何时间 OneMatch 确定您因任何原因不符合资格参加 OneMatch，您的腮拭拭样本将被丢弃。

我们如何使用您的个人信息？

我们可能使用您的个人信息，以便：

- 评估您的捐献资格并将您保留为 OneMatch 的参加者；
- 保护血液、血液产品和干细胞的安全，倘若您的健康筛查调查问卷的答案显示您的捐献具有潜在的风险；
- 使我们的服务更好，更有效；
- 支持我们的教育和培训活动；
- 符合法律和监管要求；
- 达到法律规定的任何其它目的；
- 告知您加拿大血液服务中心的计划和捐献活动；
- 向您发送有关加拿大血液服务中心的电子通讯或电子杂志等材料，若您不希望收到可选择取消订阅选项；
- 关于我们的筹款活动联络您。如果您想将您的名字从我们的筹款联系名单中删除，请拨打 1 888 2 DONATE (1-888-236-6283)，联系我们的全国集资办公室。

您的个人信息可能与以下机构分享：

- 加拿大移植中心和国际登记处。当我们向移植计划健康护理提供者或登记处披露信息时，我们将只使用独特的捐赠者号码来提及您；
- 加拿大皇家骑警 (RCMP)，当您被确认为是某个特别病人的潜在捐献者，而加拿大血液服务中心已无法找到您时，他们可通过数据库查询设法找到您。如果 RCMP 无法找到您，OneMatch 将不再使用您的个人信息将您确定为某个需要干细胞移植病人的潜在捐献者并且您的腮拭拭样本将被丢弃；
- 鉴定或监管机构，条件是他们同意保密；以及
- 其他人，根据法律授权或要求。

重要的是，一旦您被确定为某个特别病人的潜在干细胞捐献者，加拿大血液服务中心必须能够联系到您。如果您的联系信息有改变（即，您的地址或电话号码），请按照我们 www.blood.ca 网站中的更改地址（Change your Address）链接中的程序告知加拿大血液服务中心。

进一步的检测

如果您被确定为潜在的干细胞捐献者，您将被要求做进一步的实验室检测，以确定您是否是某个病人的合适捐献者。这可能包括血液分型检测以及检测肝炎、梅毒、获得性免疫缺陷综合症（艾滋病 [AIDS]）、人类嗜 T 淋巴病毒 (HTLV)、西尼罗河病毒 (WNV) 和其他因素，以确保您的捐献尽可能安全。届时，我们将联系您，安排为这些额外的检测采集血样。

退出 OneMatch

您可随时撤消同意参加 OneMatch，您可通过联络加拿大血液服务中心这样做，电话是 1 888 2 DONATE (1-888-236-6283)。截至您退出日期收集的您的个人信息将保留在 OneMatch 干细胞及骨髓网络数据库中，但将不会收集关于您的更多个人信息或将其加入到您的记录中。一旦您退出，您的个人信息将不再用于将您与需要移植的病人进行配型而且您的腮拭拭样本将被丢弃。

如何联络我们

您可通过以下方式联系我们的隐私和信息查询办公室（Privacy and Access to Information Office），查询关于我们的隐私和查询方法的更多信息，或要求查询或修改您的个人信息：

通过信函： Canadian Blood Services, (加拿大血液服务中心) Privacy and Access to Information Office (隐私和信息查询办公室) 1800 Alta Vista Drive, Ottawa, ON K1G 4J5	通过电话： 1-613-739-2483 1-877-262-9191 (免费)	通过电子邮件： 隐私办公室 - privacy@blood.ca 信息查询办公室 - ati@blood.ca	网站： www.blood.ca
--	---	--	--

如果您感到您的问题没有得到加拿大血液服务中心的处理，您有权联系您所在省的隐私专员或巡视官 (Ombudsman)。

同意

我已阅读并明白关于干细胞捐献方面的信息，同意作为潜在干细胞捐献者加入加拿大血液服务中心的 OneMatch 干细胞及骨髓网络。我同意收集、使用和披露我的个人信息，包括用于前面所述目的的我的个人健康信息。如果我符合资格，我同意提供腮拭拭样本给加拿大血液服务中心，用于进行配血试验。

我明白，我同意将我的个人信息输入到 OneMatch 干细胞及骨髓网络并不表示我同意进行任何医疗程序。如果我与某个病人配型成功并且同意进行干细胞捐献，我将在与 OneMatch 工作人员的说明会之后签署一份“捐献意向书”。在进行干细胞捐献前，我明白我将必须进行全面的身体检查，采集中心的医疗团队将与 我讨论包括干细胞捐献在内的医疗程序所需的同意程序。

我已如实回答了所有问题。我明白，提供虚假陈述是严重的事情，可能伤害他人。

签字: _____ 今天的日期: _____
(年/月/日)

FOR OFFICE USE ONLY

PLACE ONEMATCH LABEL HERE

Reviewed by/Date: _____
(Name/YYYY/MM/DD)



Canadian Blood Services
it's in you to give

1 888 2 DONATE