

個人資訊及健康篩查

按照您所在的省政府簽發的健康卡或同等文件上的名字輸入您的名字。
請使用不褪色墨水。

首選通信語言：

- 英語 法語 中文繁體
 中文簡體 西班牙語 越南語 波斯語

名: _____ 中間名或首字母: _____
姓: _____ 出生日期: _____ 必須 17-35 歲
(年/月/日)
性別: 女 男

地址: _____ (公寓/房間/單元) _____ (街道) _____ (城市) _____ (省/地區) _____ (郵編)

住宅電話: (_____) _____ 手機: (_____) _____ 工作電話: (_____) _____ 分機 _____

電郵: _____ 請注意：提供電郵信箱地址表明您同意通過電子郵件聯絡。

請盡可能填寫以下族裔表格（為您自己和所列的每個家庭成員只選擇一個族裔）。

| | 原住民 | 因紐特人 | 梅蒂人 | 白人 | 猶太裔 - 德系猶太人 | 猶太裔 - 西班牙系猶太人 | 黑人 - 非洲 | 黑人 - 加勒比海 | 黑人 - 其他 | 阿拉伯裔 | 拉美裔 | 北亞裔 | 華裔 | 東北亞裔 | 中亞裔 | 南亞裔 | 菲律賓裔 | 東南亞裔 | 太平洋群島人 | 多族裔 | 其他 | 未知 |
|-----|-----|------|-----|----|-------------|---------------|---------|-----------|---------|------|-----|-----|----|------|-----|-----|------|------|--------|-----|----|----|
| 您本人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 父親 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 祖母 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 祖父 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 母親 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外祖母 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外祖父 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

如果我們想找到您的話，請提供能夠聯繫到的其他聯繫人（您的家庭以外的人）：

名: _____ 姓: _____ 與您的關係: _____
電話: (_____) _____ 電郵: _____

請用 表示您對以下每個問題的回答。

| | 是 | 否 | 不確定 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 您有省健保計畫或同等計畫的保險嗎？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 您的年齡是在 17 至 35 歲之間嗎（對於魁北克居民，您的年齡是在 18 至 35 歲之間嗎）？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 您的總體健康情況良好嗎？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 請說明您的身高: _____ <input type="checkbox"/> 英寸 <input type="checkbox"/> 釐米 和體重: _____ <input type="checkbox"/> 磅 <input type="checkbox"/> 公斤 | | | |
| 您以前獻過血嗎？如果是，最後一次獻血是在哪一年和在什麼城市？年: _____ 城市: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 獻血者 ID: _____ | | | |
| 您有被加拿大血液服務中心/Héma-Québec 或醫生告知您不應該獻血嗎？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 如果是，為什麼？ | | | |
| 您有捐獻過幹細胞嗎？如果是，是在哪一年和在哪個國家捐獻的？年: _____ 國家: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 您有愛滋病（HIV 或 AIDS）呈陽性的檢測嗎？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 在過去 5 年內，您有用針頭注射過毒品、類固醇或任何非醫生處方的東西嗎？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 在過去 5 年內，您有用錢或毒品換取性行為嗎？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 男性登記捐獻者：在過去 5 年內您與男性有過性行為（即使一次）嗎？*如果您是女性，請選擇“否” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

您曾患過以下疾病/病症嗎：

| | 是 | 否 | 不確定 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 癌症（不包括已治癒的鱗狀或基底細胞皮膚癌或原位宮頸癌） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 心臟病，心絞痛或中風 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 您患過任何疾病或病症，其需要器官移植，幹細胞移植或硬腦膜（腦膜）移植嗎？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 心臟疾病或心臟手術（不包括心臟病發作或心絞痛） | <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，您在過去一年有住院治療和/或持續服用類固醇片劑嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 胰島素依賴型糖尿病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 慢性疲勞綜合症或纖維肌痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 潰瘍性結腸炎或克羅恩病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 多發性硬化症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 風濕性關節炎或強直性脊柱炎 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 精神分裂症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 躁狂抑鬱症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 癲癇症 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，您在過去 12 個月內有發作過和/或您需要不斷地服藥控制發作嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 查格斯氏病，巴倍西焦蟲病或利什曼病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 血友病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 愛滋病（AIDS）/愛滋病毒（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，黃疸病或肝炎檢測呈陽性 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 貧血症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 您知道您的任何血親有被診斷患有克雅氏（Creutzfeldt-Jakob）病，通常叫做“瘋牛病”嗎？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 關於您的健康您有擔心的任何其他問題嗎？ 如果是，請解釋： | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

請注意，此資訊可能隨時有變更。最終的資格確定取決於 OneMatch 的工作人員。
如果您有任何其他問題，請聯繫 OneMatch，電話號碼是 1 888 2 DONATE (1-888-236-6283)

給 OneMatch 註冊捐獻者的通知和參加同意書

我們的承諾

在加拿大血液服務中心，我們致力於保護我們所擁有的所有個人資訊的機密和安全。我們通過遵守相關法律和最佳實踐來做到這一點並且鼓勵您上網閱讀我們的隱私政策，網址是 www.blood.ca/privacy。

目的

加拿大血液服務中心負責管理 OneMatch 幹細胞及骨髓網路登記處。

OneMatch 幹細胞及骨髓網路的目的是為需要幹細胞移植的病人徵募健康和盡責的無償獻血者。註冊捐獻者的配血試驗結果將列在 OneMatch 幹細胞及骨髓網路登記處中，目的是為需要幹細胞移植的病人找到可能的配對。

什麼是個人資訊？

個人資訊，其中包括個人健康資訊，是可能用來識別您的身份的資訊。個人資訊包括您的姓名、地址、電子郵件、出生日期、健康狀況和配血試驗等詳細資料。

您的個人資訊的收集

為了讓您參 OneMatch，我們將從您的腮抹拭以及您的健康篩查問卷答案中收集關於您的個人資訊。此類資訊將保存在電子資料庫中，構成加拿大血液服務中心 OneMatch 幹細胞及骨髓網路的一部分，其伺服器位於安省渥太華。因為您的個人資訊將保存在安省，所以可能受到安省隱私法律的約束，同時也受您所在省份隱私法律的制約。我們還可能查閱我們的資料，是為了確定您是否獻過血或曾嘗試獻血，或如果您是女性並生過孩子，您是否曾通過加拿大血液服務中心國家公共臍血庫捐獻過您的嬰兒的臍帶血。我們需要收集關於您的此類資訊，以便我們能夠確定您加入 OneMatch 的資格和為瞭解收到腮抹拭盒的情況而聯絡您，以便您能夠繼續您的登記程式。

如果確定您不符合資格參加 OneMatch 或您沒有提供腮抹拭樣本，我們將不使用您的個人資訊而將您確定為需要移植病人的潛在捐獻者。但是，我們屆時已收集到的關於您的個人資訊將保留在 OneMatch 的資料庫中，以便我們能夠保存曾打算參加 OneMatch 者的個人記錄。關於您的資訊--已輸入到 OneMatch 資料庫但不用於確認您的身份--可被用於管理 OneMatch 幹細胞及骨髓網路的目的，或用於統計目的。

腮抹拭的收集和檢測

如果我們確定您符合資格並且您願意登記參加 OneMatch，您將被要求將腮抹拭樣本返回給加拿大血液服務中心，在那裏對該樣本進行配血試驗。腮抹拭是用一個特別的藥簽擦拭您的雙頰內部，以採集用於配血試驗的細胞。配血試驗的結果將被輸入 OneMatch 的資料庫中。我們需要收集此類個人健康資訊，用於將您確定為需要幹細胞移植病人的潛在幹細胞捐獻者。

您的腮抹拭樣本可能由加拿大血液服務中心無限期地保存，以備在需要進一步檢測時進行進一步的配血試驗。可能需要做進一步的配血試驗，以便確定您是否與某個具體病人相配型，或確定在配型過程中一種新的配血試驗是否是重要的並且您的腮抹拭樣本是否以前沒有做過這種新型的配血試驗。如果在任何時間 OneMatch 確定您因任何原因不符合資格參加 OneMatch，您的腮抹拭樣本將被丟棄。

我們如何使用您的個人資訊？

我們可能使用您的個人資訊，以便：

- 評估您的捐獻資格並將您保留為 OneMatch 的參加者；
- 保護血液、血液產品和幹細胞的安全，倘若您的健康篩查調查問卷的答案顯示您的捐獻具有潛在的風險；
- 使我們的服務更好，更有效；
- 支持我們的教育和培訓活動；
- 符合法律和監管要求；
- 達到法律規定的任何其他目的；
- 告知您加拿大血液服務中心的計畫和捐獻活動；
- 向您發送有關加拿大血液服務中心的電子通訊或電子雜誌等材料，若您不希望收到可選擇取消訂閱選項；
- 關於我們的籌款活動聯絡您。如果您想將您的名字從我們的籌款聯繫名單中刪除，請撥打 1 888 2 DONATE (1-888-236-6283)，聯繫我們的全國集資辦公室。

您的個人資訊可能與以下機構分享：

- 加拿大移植中心和國際登記處。當我們向移植計畫健康護理提供者或登記處披露資訊時，我們將只使用獨特的捐贈者號碼來提及您；
- 加拿大皇家騎警（RCMP），當您被確認為是某個特別病人的潛在捐獻者，而加拿大血液服務中心已無法找到您時，他們可通過資料庫查詢設法找到您。如果 RCMP 無法找到您，OneMatch 將不再使用您的個人資訊將您確定為某個需要幹細胞移植病人的潛在捐獻者並且您的腮抹拭樣本將被丟棄；
- 鑒定或監管機構，條件是他們同意保密；以及
- 其他人，根據法律授權或要求。

重要的是，一旦您被確定為某個特別病人的潛在幹細胞捐獻者，加拿大血液服務中心必須能夠聯繫到您。如果您的聯繫資訊有改變（即，您的地址或電話號碼），請按照我們 www.blood.ca 網站中的更改地址（Change your Address）鏈結中的程式告知加拿大血液服務中心。

進一步的檢測

如果您被確定為潛在的幹細胞捐獻者，您將被要求做進一步的實驗室檢測，以確定您是否是某個病人的合適捐獻者。這可能包括血液分型檢測以及檢測肝炎、梅毒、獲得性免疫缺陷綜合症（愛滋病 [AIDS]）、人類嗜 T 淋巴球病毒（HTLV）、西尼羅河病毒（WNV）和其他因素，以確保您的捐獻盡可能安全。屆時，我們將聯繫您，安排為這些額外的檢測採集血樣。

退出 OneMatch

您可隨時撤銷同意參加 OneMatch，您可通過聯絡加拿大血液服務中心這樣做，電話是 1 888 2 DONATE (1-888-236-6283)。截至您退出日期收集的您的個人資訊將保留在 OneMatch 幹細胞及骨髓網路資料庫中，但將不會收集關於您的更多個人資訊或將其加入到您的記錄中。一旦您退出，您的個人資訊將不再用於將您與需要移植的病人進行配型而且您的腮抹拭樣本將被丟棄。

如何聯絡我們

您可通過以下方式聯繫我們的隱私和資訊查詢辦公室（Privacy and Access to Information Office），查詢關於我們的隱私和查詢方法的更多資訊，或要求查詢或修改您的個人資訊：

| | | | |
|--|---|--|--|
| 通過信函： Canadian Blood Services, (加拿大血液服務中心) Privacy and Access to Information Office (隱私和資訊查詢辦公室) 1800 Alta Vista Drive, Ottawa, ON K1G 4J5 | 通過電話： 1-613-739-2483 1-877-262-9191 (免費) | 通過電子郵件： 隱私辦公室 - privacy@blood.ca 資訊查詢辦公室 - ati@blood.ca | 網站： www.blood.ca |
|--|---|--|--|

如果您感到您的問題沒有得到加拿大血液服務中心的處理，您有權聯繫您所在省的隱私專員或巡視官（Ombudsman）。

同意

我已閱讀並明白關於幹細胞捐獻方面的資訊，同意作為潛在幹細胞捐獻者加入加拿大血液服務中心的 OneMatch 幹細胞及骨髓網路。我同意收集、使用和披露我的個人資訊，包括用於前面所述目的的我的個人健康資訊。如果我符合資格，我同意提供腮抹拭樣本給加拿大血液服務中心，用於進行配血試驗。

我明白，我同意將我的個人資訊輸入到 OneMatch 幹細胞及骨髓網路並不表示我同意進行任何醫療程式。如果我與某個病人 配型成功並且同意進行幹細胞捐獻，我將在與 OneMatch 工作人員的說明會之後簽署一份“捐獻意向書”。在進行幹細胞捐獻前，我明白我將必須進行全面的身體檢查，採集中心的醫療團隊將與我討論包括幹細胞捐獻在內的醫療程式所需的同意程式。

我已如實回答了所有問題。我明白，提供虛假陳述是嚴重的事情，可能傷害他人。

簽字: _____ 今天的日期: _____
(年/月/日)

| | |
|----------------------------|---------------------------|
| FOR OFFICE USE ONLY | PLACE ONEMATCH LABEL HERE |
| Reviewed by/Date: _____ | (Name/YYYY/MM/DD) |

