

Ankieta zdrowotna kandydata na dawcę komórek krwiotwórczych

Imię i nazwisko kandydata na dawcę:

Uprzejmie prosimy o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi

PESEL										
1.	Waga: kg					Wzrost: cm				
2.	Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a?								TAK	NIE
3.	Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu?								TAK	NIE
4.	Czy pali Pan/Pani papierosy?								TAK	NIE
5.	Czy jest Pan/Pani aktywnym krwiodawcą?								TAK	NIE
6.	Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? Jeżeli tak, proszę podać przyczynę:								TAK	NIE
7.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38° C?								TAK	NIE
8.	Czy przyjmuje Pan/Pani lekarstwa (tabletki / w tym aspirynę/, zastrzyki, czopki, leki wziewne)? Jeżeli tak, to jakie?								TAK	NIE
9.	Czy w ciągu ostatniego roku przechodził/a Pan/Pani szczepienia lub otrzymywał/a surowicę? Jeżeli tak, to jakie i kiedy?								TAK	NIE
10.	Czy jest Pan/Pani lub kiedykolwiek był/a uzależniony/a od: <input type="checkbox"/> leków <input type="checkbox"/> alkoholu <input type="checkbox"/> innych środków uzależniających (w tym od narkotyków) Jeżeli tak, to jakich?.....								TAK	NIE
11.	Czy zauważył Pan/Pani u siebie następujące objawy: <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała? <input type="checkbox"/> nieuzasadnioną gorączkę? <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych?								TAK	NIE
12.	Czy choruje Pan/Pani bądź chorowała na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości? (Jeżeli TAK, to proszę zaznaczyć które z poniższych)								TAK	NIE
a)	<input type="checkbox"/> choroby układu krążenia (nadciśnienie), <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca, <input type="checkbox"/> zawał serca, <input type="checkbox"/> duszność, <input type="checkbox"/> udar mózgu Jeżeli tak, to kiedy?									
b)	<input type="checkbox"/> choroby skóry, <input type="checkbox"/> wypryski / wysypka, <input type="checkbox"/> uczulenia, <input type="checkbox"/> katar sienny, <input type="checkbox"/> astma Jeżeli tak, to kiedy?									
c)	<input type="checkbox"/> cukrzyca, <input type="checkbox"/> choroby krwi, <input type="checkbox"/> zaburzenia krzepnięcia krwi, <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych, w tym zapalenie żył, <input type="checkbox"/> choroby nerek, <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> choroby psychiczne, <input type="checkbox"/> gorączka reumatyczna, <input type="checkbox"/> choroby krążków międzykręgowych kręgosłupa (wypadnięcie lub uszkodzenie dysku), <input type="checkbox"/> choroby tarczycy i inne zaburzenia endokrynologiczne, <input type="checkbox"/> padaczka lub inne zaburzenia nerwowe, <input type="checkbox"/> choroba nowotworowa, <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku Jeżeli tak, to kiedy?									
d)	<input type="checkbox"/> kiła, <input type="checkbox"/> rzeżączka, <input type="checkbox"/> toksoplazmoza, <input type="checkbox"/> bruceloza, <input type="checkbox"/> gruźlica, <input type="checkbox"/> mononukleozą zakaźną Jeżeli tak, to kiedy?									
e)	<input type="checkbox"/> AIDS, <input type="checkbox"/> gorączka Q, <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu, <input type="checkbox"/> tyfus, <input type="checkbox"/> choroba Chagasa Jeżeli tak, to kiedy?									
f)	<input type="checkbox"/> ospa wietrzna, <input type="checkbox"/> półpasiec, <input type="checkbox"/> opryszczka wargowa, <input type="checkbox"/> opryszczka narządów płciowych, <input type="checkbox"/> cytomegalia Jeżeli tak, to kiedy?									
13.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywaną gastroskopię, biopsję lub inne badanie diagnostyczne?								TAK	NIE

14.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak to jaki i kiedy?	TAK	NIE
15.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonywano u Pana/Pani (Jeżeli TAK, to proszę zaznaczyć które z poniższych): <input type="checkbox"/> tatuaż, <input type="checkbox"/> akupunkturę, <input type="checkbox"/> depilację kosmetyczną, <input type="checkbox"/> inwazyjny zabieg kosmetyczny (np. makijaż permanentny) <input type="checkbox"/> przekłucie uszu lub innych części ciała? Jeżeli tak, to kiedy i jakie?	TAK	NIE
16.	Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzje krwi lub jej składników? Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie?.....	TAK	NIE
17.	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą jakiegokolwiek przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to jakich?	TAK	NIE
18.	Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani hormon wzrostu?	TAK	NIE
19.	Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jacoba?	TAK	NIE
20.	Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a Pan/Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii?	TAK	NIE
21.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?	TAK	NIE
22.	Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak, to kiedy?	TAK	NIE
23.	Czy chorował Pan/Pani na malarię?	TAK	NIE
24.	Czy chorował Pan/Pani na inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, to kiedy i na jakie?.....	TAK	NIE
25.	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?	TAK	NIE
26.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką?	TAK	NIE
27.	Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę? Jeżeli tak, to kiedy?.....	TAK	NIE
28.	Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 12 miesięcy przechodził żółtaczkę?	TAK	NIE
29.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?	TAK	NIE
30.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a na Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?	TAK	NIE
31.	Czy był Pan/Pani poddawany(a) znieczuleniu ogólnemu?	TAK	NIE
32.	Jeśli tak, czy miał(a) Pan/Pani jakiegokolwiek powikłania lub nietypowe reakcje?	TAK	NIE
33.	Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani informację o chorobach zakaźnych?	TAK	NIE
34.	Czy uważa Pan/Pani swoje komórki krwiotwórcze za bezpieczne dla potencjalnego biorcy?	TAK	NIE
35.	TYLKO DLA MĘŻCZYŹN - Czy uprawiał Pan seks z innymi mężczyznami?*	TAK	NIE
TYLKO DLA KOBIEC			
36.	Czy według swojej wiedzy uprawiała Pani seks z mężczyzną, który miał kontakty seksualne z innym mężczyzną?*	TAK	NIE
37.	Czy jest Pani obecnie w ciąży?	TAK	NIE
38.	Ile razy była Pani w ciąży? Kiedy ostatnio?.....		
39.	Kiedy po raz ostatni miała Pani miesiączkę?.....		
40.	Czy w latach 1965 - 1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	TAK	NIE

***Pytanie w ankiecie zadawane jest ze względu na międzynarodowy charakter rejestru i przepisy obowiązujące w krajach do niego należących**

Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy.

Data

Podpis dawcy

Data

Podpis i pieczęć lekarza

Zweryfikowano data i podpis:.....