

ANKIETA STANU ZDROWIA DAWCY SZPIKU

Numer dawcy szpiku:

Nazwisko i imię:

.....

Nr PESEL:

<i>Uwaga: Celem ankiety jest poprawa bezpieczeństwa biorcy szpiku i zapewnienie bezpieczeństwa potencjalnego dawcy szpiku. Brak odpowiedzi na którekolwiek pytanie zgodne z picią dawcy spowoduje nie włączenie do rejestru niespokrewnionych dawców szpiku.</i>	<i>Właściwe zakreślić kółkiem</i>
1. Czy jesteś obecnie zdrowy(a)?	TAK, NIE
2. Ile ważysz?kg
3. Ile masz wzrostu?cm
4. Czy jesteś obecnie aktywnym krwiodawcą?	TAK, NIE
5. Czy kiedykolwiek zdyskwalifikowano Cię od oddania krwi? (podać przyczynę)	TAK, NIE
6. Czy otrzymywałeś(a)ś przetoczenia krwi lub jej preparatów?	TAK, NIE
7. Dla kobiet:	
- Czy jesteś w ciąży?	TAK, NIE
- Ile razy byłaś w ciąży?
8. Czy miałeś(a)ś kiedykolwiek gorączkę o niejasnej przyczynie?	TAK, NIE
9. Czy przyjmujesz leki (w tym aspirynę)?	TAK, NIE
10. Czy poddawałeś(a)ś się ostatnio szczepieniu ochronnemu?	TAK, NIE
11. Czy kiedykolwiek chorowałeś(a)ś na poważne choroby, lub miałeś(a)ś któryś z poniższych objawów (jeśli tak, zaznaczyć kółkiem):	
- żółtaczkę, malaria, gruźlica, gorączka reumatyczna?	TAK, NIE
- choroby serca, nadciśnienie lub obniżone ciśnienie tętnicze?	TAK, NIE
- uczulenia, katar sienny, astma?	TAK, NIE
- drgawki lub schorzenia układu nerwowego?	TAK, NIE
- cukrzyca?	TAK, NIE
- duszność, udar mózgu?	TAK, NIE
A. Pytania związane z ryzykiem zakażenia HIV/HBV/HCV	
12. Czy zapoznałeś(a)ś się z informacją nt. AIDS (zakażenia HIV) i wirusowego zapalenia wątroby?	TAK, NIE
13. Czy miałeś(a)ś wstrzykiwane jakiegokolwiek środki odurzające?	TAK, NIE
14. Czy kiedykolwiek otrzymałeś(a)ś pieniądze lub środki odurzające w zamian za seks?	TAK, NIE
15. Dla mężczyzn: Czy kiedykolwiek uprawiałeś seks z mężczyzną?	TAK, NIE
16. Dla kobiet: Czy wiadomo ci, aby którykolwiek z mężczyzn, z którymi uprawiałaś seks w ciągu ostatnich 12 miesięcy uprawiał seks z innym mężczyzną?	TAK, NIE
17. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uprawiałeś(a)ś seks z kimś kto:	
- jest HIV dodatni, lub ma wirusowe zapalenie wątroby?	TAK, NIE
- wstrzykuje sobie lub wstrzykiwał środki odurzające?	TAK, NIE

- przyjmuje lub przyjmował pieniądze lub środki odurzające w zamian za seks?	TAK, NIE
18. Czy miałe(a)ś styczność z wirusowym zapaleniem wątroby przez kontakt z członkami rodziny lub w pracy?	TAK, NIE
19. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miałe(a)ś:	
- operację, endoskopię, biopsję lub chirurgiczny zabieg stomatologiczny?	TAK, NIE
- kosmetyczne nakłucia ciała lub tatuaże?	TAK, NIE
- leczenie akupunkturą przez osoby inne niż zarejestrowany lekarz?	TAK, NIE
- przetoczenie krwi lub jej preparatów?	TAK, NIE
- przypadkowe zakłucie igłą lub otarcie błon śluzowych przedmiotem zanieczyszczonym krwią?	TAK, NIE
B. Kontakt z herpeswirusami (nie dyskwalifikuje dawcy)	
20. Czy wiadomo Ci abyś kiedykolwiek w przeszłości chorował(a) na:	
- ospę wietrzną	TAK, NIE
- półpasiec	TAK, NIE
- opryszczkę wargową	TAK, NIE
- opryszczkę narządów płciowych	TAK, NIE
- mononukleozę zakaźną	TAK, NIE
- cytomegalię	TAK, NIE
C. Pytania związane z ryzykiem podczas znieczulenia	
21. Czy byłe(a)ś poddawany(a) znieczuleniu?	TAK, NIE
22. Jeśli tak, czy miałe(a)ś jakiegokolwiek powikłania lub nietypowe reakcje?	TAK, NIE
D. Pytania związane z ryzykiem CJD i innych chorób	
23. Czy w okresie od 1 stycznia 1980 r. do 31 grudnia 1996 r. przebywałe(a)ś łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii?	TAK, NIE
24. Czy w twojej rodzinie wystąpiły przypadki choroby Creutzfeldta-Jakoba (CJD)?	TAK, NIE
25. Czy miałe(a)ś przeszczepioną rogówkę?	TAK, NIE
26. Czy kiedykolwiek miałe(a)ś przeszczepianą oponę twardą?	TAK, NIE
27. Czy miałe(a)ś jakiegokolwiek inne przeszczepienie? (wymienić)	TAK, NIE
28. Czy kiedykolwiek byłe(a)ś leczony(a) wyciągiem z ludzkiej przysadki (hormonem wzrostu)?	TAK, NIE
29. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałe(a)ś w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?	TAK, NIE
30. Czy chorowałe(a)ś na malarię lub inne choroby tropikalne?	TAK, NIE
E. Pytania związane z ryzykownym stylem życia	
31. Czy chorowałe(a)ś na jakąkolwiek chorobę przenoszoną drogą płciową?	TAK, NIE
32. Czy okresie ostatnich 12 miesięcy przebywałe(a)ś w areszcie lub więzieniu?	TAK, NIE

Data: Podpis Dawcy Szpiku: