UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

KLINIKA IMMUNOLOGII I ALERGII
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

OŚRODEK DAWCÓW SZPIKU
92-213 Łódź, ul. Pomorska 251
42 675 73 88
42 675 73 96
szpik@csk.umed.pl
http://www.csk.umed.pl/szpik

Ankieta zdrowotna kandydata na dawcę komórek krwiotwórczych

Nr donacji: CSK ……./……..

Imię i nazwisko kandydata.....

A. Dane ogólne

Data urodzenia……Masa ciała……Wzrost……

B. Stan zdrowia

1. Czy pali Pan/i papierosy?

>paczkę/ dobę☐ paczkę/ dobę☐ <10/dobę☐ okazjonalnie☐ nie palę☐

2. Czy pija Pan/i alkohol?

Codziennie☐ 3-4 razy w tyg.☐ Ok.1 raz w tyg. ☐ 3-4 razy w miesiącu☐ rzadziej☐ nigdy ☐

3. Czy jest Pan/i honorowym dawcą krwi? *Jeśli tak, w którym roku ostatni raz?* *Tak*☐ *Nie*☐

4. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i zdyskwalifikowany/a jako dawca krwi? *Tak*☐ *Nie*☐

Jeśli tak to z jakiego powodu?

5. Czy przyjmuje Pan/i jakiekolwiek leki na stałe (również suplementy diety) *Tak*☐ *Nie*☐

Jeśli tak, jakie?

6. Czy w okresie ostatniego roku przechodził/a Pan/i zabieg chirurgiczny? *Tak*☐ *Nie*☐

Jeśli tak, jaki?

7. Czy zauważył/a Pan/i nieuzasadnioną gorączkę? *Tak*☐ *Nie*☐

8. Czy kiedykolwiek uległ/a Pan/i ciężkiemu wypadkowi? *Tak*☐ *Nie*☐

9. Czy ostatnio przechodził/a Pan/i szczepienia? *Jakie, kiedy?* *Tak*☐ *Nie*☐

10. Czy choruje bądź chorował/a Pan/i na następujące choroby lub odczuwa związane z nimi dolegliwości?

- Choroba niedokrwienna serca, zawał serca, niewydolność serca *Tak*☐ *Nie*☐
- Nadciśnienie tętnicze *Tak*☐ *Nie*☐
- Cukrzyca *Tak*☐ *Nie*☐
- Choroba zakrzepowa lub zapalenie żył *Tak*☐ *Nie*☐
- Chorobę dróg żółciowych lub pęcherzyka żółciowego *Tak*☐ *Nie*☐
- Choroby jelit? *Jakie?* *Tak*☐ *Nie*☐
- Choroby nerek? *Jakie?* *Tak*☐ *Nie*☐
- Choroby płuc? *Jakie?* *Tak*☐ *Nie*☐
- Choroby tarczycy? *Jakie?* *Tak*☐ *Nie*☐

11. Czy kiedykolwiek chorował/a Pan/i lub choruje na:

- Gorączkę reumatyczną? *Kiedy* *Tak*☐ *Nie*☐
- Alergię? *Na co?* *Tak*☐ *Nie*☐
- Astmę *Tak*☐ *Nie*☐
- Padaczkę, drgawki lub inną chorobę neurologiczną *Tak*☐ *Nie*☐
- Chorobę nowotworową *Tak*☐ *Nie*☐
- Zaburzenia krzepnięcia krwi *Tak*☐ *Nie*☐
- Chorobę kręgosłupa np. dyskopatie, choroby krążków międzykręgowych *Tak*☐ *Nie*☐
- Choroby lub zaburzenia psychiczne, w tym depresję *Tak*☐ *Nie*☐

C. Pytania dotyczące chorób zakaźnych

12. Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/i „*Informację o chorobach zakaźnych dla potencjalnych dawców komórek krwiotwórczych* (dostępna w materiałach informacyjnych) *Tak* ☐ *Nie* ☐

13. Czy chorował/a Pan/i, choruje lub w ostatnim czasie zaobserwował/a Pan/i objawy wskazujące na:
    - AIDS lub zakażenie wirusem HIV *Tak* ☐ *Nie* ☐
    - Żółtaczkę lub zapalenie wątroby *Tak* ☐ *Nie* ☐
    - Malarię/Toksoplazmozę/Babesziozę/Brucelozę/ *Tak* ☐ *Nie* ☐
    - Zapalenie opon mózgowych *Tak* ☐ *Nie* ☐
    - Kiłę *Tak* ☐ *Nie* ☐
    - Gruźlicę *Tak* ☐ *Nie* ☐
    - Choroby tropikalne *jakie?* *Tak* ☐ *Nie* ☐

14. Czy przyjmowała Pan/i leki w postaci dożylnej? *Tak* ☐ *Nie* ☐

15. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/i kontakty seksualne z osobą, która:
    - Jest nosicielem wirusa HIV lub choruje/chorowała na wirusowe zapalenie wątroby? *Tak* ☐ *Nie* ☐
    - Stosuje jakiekolwiek substancje dożylne? *Tak* ☐ *Nie* ☐
    - Przyjmuje lub przyjmowała zapłatę, używki lub leki za seks?* *Tak* ☐ *Nie* ☐

16. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i narażony/a na zakażenie wirusem zapalenia wątroby przez kontakt w rodzinie lub w czasie pracy? *Tak* ☐ *Nie* ☐

D. Pytania dotyczące ryzyka znieczulenia

17. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i wykonywane znieczulenie ogólne?** *Tak* ☐ *Nie* ☐

    Jeśli tak, czy wystąpiły reakcje niepożądane lub powikłania? *Tak* ☐ *Nie* ☐

18. Czy u członka Pan/i rodziny wystąpiły reakcje niepożądane lub powikłania w związku ze znieczuleniem ogólnym?** *Tak* ☐ *Nie* ☐

E. Pytania dodatkowe dla KOBIET

19. Czy jest Pani obecnie lub w ciągu ostatniego roku była Pani w ciąży? *Tak* ☐ *Nie* ☐

20. Czy kiedykolwiek była Pani w ciąży?** *Tak* ☐ *Nie* ☐

    Jeśli tak, ile razy?

21. **Czy jest Pani wiadomo**, że jakikolwiek mężczyzna, z którym w okresie ostatnich 12 miesięcy uprawiała Pani seks, uprawiał seks z inny mężczyzną?* *Tak* ☐ *Nie* ☐

F. Pytania dodatkowe dla MĘŻCZYZN

22. Czy kiedykolwiek uprawiał Pan seks z innym mężczyzną?* *Tak* ☐ *Nie* ☐

G. Inne przyczyny

23. Czy są jakiekolwiek inne powody lub przyczyny zdrowotne, które mogą być przeszkodą dla oddania szpiku lub komórek krwiotwórczych lub mogą wymagać wyjaśnienia? *Tak* ☐ *Nie* ☐

    Jeśli tak, jakie?

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**…….

PROTOKÓŁ BADANIA LEKARSKIEGO

Zakwalifikowano/ nie zakwalifikowano jako kandydata na dawcę komórek krwiotwórczych

Przyczyna dyskwalifikacji:

Data……Podpis lekarza…….

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

** Odpowiedź twierdząca na pytanie nie wymaga indywidualnej oceny.