



UNIWERSYTET
MEDYCZNY
W ŁODZI



Załącznik SOP 205-001/ODS/3
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI



KLINIKA
IMMUNOLOGII I ALERGII
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

☎ 42 675 73 88
☎ 42 675 73 96

OŚRODEK DAWCÓW SZPIKU

✉ 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251
✉ szpik@csk.umed.pl
🌐 <http://www.csk.umed.pl/szpik>

Ankieta zdrowotna kandydata na potencjalnego dawcę komórek krwiotwórczych

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 jakiegokolwiek 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 kandydatów na potencjalnych dawców/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 ☐
 - Malarie/Toksoplazmozę/Babeszjozę/Brucelezę/ 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 dożylniej? Tak ☐ Nie ☐
15. Czy w okresie ostatnich 3 miesięcy miał/a Pan/i kontakty seksualne z osobą, która:
- miał/a kontakty seksualne z osobą będącą nosicielem wirusa HIV lub choruje/chorowała na wirusowe zapalenie wątroby? Tak ☐ Nie ☐
 - Odbýwał/a stosunek analny z więcej niż jednym partnerem Tak ☐ Nie ☐
 - Stosował/a jakiejkolwiek substancje dożylne? 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 KOBIEĆ

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?

F. Inne przyczyny

21. Czy są jakiejkolwiek 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 kandydata na potencjalnego dawcę k.k.....

PROTOKÓŁ BADANIA LEKARSKIEGO

Zakwalifikowano/ nie zakwalifikowano jako kandydata na potencjalnego 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.