



MEDIGEN® Sp. z o.o.

Podmiot leczniczy

NIP: PL 526-20-98-787

01-496 Warszawa, ul. Morcinka 5, lokal 19,

Tel./Fax: 22 638 35 38; 638 44 46

e-mail: medigen@medigen.pl



Akredytacja EFI
05-PL-004-996



Certyfikat ISO 9001

Załącznik Nr 14

Miejsce na naklejkę z kodem
ISBT

KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNY KANDYDATA NA DAWCĘ SZPIKU

Nazwisko Imię

Data ur. PESEL Tel. numer

Miejsce urodzenia..... Adres zamieszkania

Kod pocztowy, miasto e-mail.....

Drugi adres kontaktowy:

Nazwisko i imię..... Tel. numer

Adres zamieszkania

A. Pytania ogólne

właściwe odpowiedzi **zakreślić**

1. Waga kg; wzrost cm
2. Czy jesteś zdrowy?..... tak nie
3. Czy kiedykolwiek oddawałeś krew/ jesteś krwiodawcą? tak nie
4. Dotyczy kobiet:
 - Czy jesteś w ciąży?..... tak nie
 - Ile razy byłaś w ciąży?.....
5. Czy kiedykolwiek byłeś zdyskwalifikowany jako dawca krwi? tak nie
6. Jeśli tak, to z jakiego powodu?
7. Czy aktualnie zażywasz leki (nawet aspirynę)?..... tak nie
8. Czy kiedykolwiek w przeszłości miałeś mniejszy lub większy zabieg? tak nie
9. Czy kiedykolwiek doświadczyłeś niewyjaśnionej gorączki? tak nie
10. Czy kiedykolwiek miałeś poważny wypadek?..... tak nie
11. Czy kiedykolwiek chorowałeś na poważną chorobę lub miałeś objawy, takie jak:
 - żółtaczka tak nie
 - choroba serca (w tym za niskie lub za wysokie ciśnienie) tak nie
 - cukrzyca tak nie
 - zawał tak nie
 - choroba woreczka żółciowego..... tak nie
 - choroba nerek tak nie
 - choroba płuc..... tak nie
 - choroba tarczycy tak nie
 - zakrzepica, zapalenie żył tak nie
 - choroba przewodu pokarmowego..... tak nie
12. Czy kiedykolwiek miałeś?
 - gorączkę reumatyczną..... tak nie
 - alergię, astmę..... tak nie
 - konwulsje, padaczkę lub chorobę systemu nerwowego tak nie
 - nowotwór..... tak nie
 - zaburzenia krzepliwości..... tak nie
 - kłopoty z kręgosłupem (dysk)..... tak nie
 - depresję..... tak nie
13. Czy przechodziłeś ostatnio szczepienie?..... tak nie

B. Pytania dotyczące chorób zakaźnych

1. Czy chorowałeś na:
 - AIDS (infekcja HIV) tak nie
 - żółtaczka i zapalenie wątroby (HCV, HBV) tak nie
 - malaria lub inne choroby tropikalne..... tak nie
 - brucelloza..... tak nie
 - kiła..... tak nie
 - gruźlica..... tak nie
2. Czy w ciągu ostatniego roku przebywałeś w Afryce lub Tajlandii? tak nie

C. Pytania dotyczące ryzyka infekcji HIV/HBV/HCV

1. Czy w ciągu ostatniego roku miałeś:
- Operację, endoskopię, biopsję lub chirurgiczny zabieg stomatologiczny? tak nie
 - Tatuaż lub piercing? tak nie
 - Akupunkturę (za wyjątkiem przeprowadzonej w akredytowanym ośrodku)? tak nie
 - Transfuzję krwi?..... tak nie
 - Zakłucie i/lub opryskanie ludzką krwią? tak nie
 - Chorobę przenoszoną drogą seksualną (std)? tak nie
 - Czy w ciągu ostatniego roku przebywałeś w areszcie lub więzieniu? tak nie

D. Pytania związane z ryzykiem znieczulenia ogólnego

1. Czy kiedykolwiek miałeś znieczulenie ogólne?..... tak nie
2. Jeśli tak, czy były jakieś komplikacje?..... tak nie

E. Pytania związane z ryzykiem choroby Creutzfeldta Jakoba (CJD)

1. Czy w rodzinie wystąpiła kiedykolwiek choroba CJD?..... tak nie
2. Czy miałeś przeszczep rogówki?..... tak nie
3. Czy miałeś przeszczep opony twardej?..... tak nie
4. Czy kiedykolwiek otrzymywałeś wyciąg z ludzkiej przysadki?..... tak nie
5. Czy w okresie od 1.01.1980 r. do 31.12.1996 r. przebywałeś przez co najmniej 6 miesięcy w Wielkiej Brytanii lub Francji?..... tak nie

F. Pytania dotyczące nosicielstwa herpeswirusów

Czy chorowałeś na:

- Ospę wietrzną?..... tak nie
- Półpasiec?..... tak nie
- Opryszczkę?..... tak nie
- Mononukleozę zakaźną?..... tak nie
- Cytomegalię?..... tak nie

G. Grupa krwi dawcy (jeśli nieznana, pozostawić puste):

Rh

Swoim podpisem potwierdzam prawdziwość podanych faktów i wyrażam zgodę na włączenie moich danych osobowych i antygenowych w procedury związane z transplantacją komórek macierzystych krwi oraz przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29/08/1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 z późn. zm.). Administratorem Państwa danych osobowych jest Medigen sp. z o.o., ul. Morcinka 5 / 19, 01-496 Warszawa. Państwa dane są zbierane i przetwarzane w celu oddania szpiku lub komórek macierzystych dla osób chorych. Mają Państwo prawo do wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania. W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych, podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Wynika to z ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. (Dz. U. z 2005 r. nr 169, poz. 1411, z późn. zm.).

Oddając próbkę krwi, po przebadaniu jej automatycznie jesteś zarejestrowany w światowej bazie dawców szpiku. Osobnych powiadomień nie wysyłamy.

Data:

Podpis:

POINFORMUJ NAS O ZMIANIE DANYCH