

17D-1 Kwestionariusz medyczny dla matki

Kwestionariusz medyczny dla matki (proszę uzupełnić dane osobowe, zakreślić odpowiednią odpowiedź w kółko i uzupełnić odpowiednie pola, a następnie złożyć czytelny podpis)		(kwestionariusz medyczny wypełnia matka wg swojej aktualnej najlepszej wiedzy)	
Imię i nazwisko		PESEL	
1. Czy aktualnie:			
1.1. Przyjmuje Pani leki przeciwko zakażeniu (antybiotyki lub inne)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, z jakiego powodu?
1.2. Przyjmuje Pani jakiegokolwiek leki w sposób przewlekły?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, z jakiego powodu?
1.3. Przyjmuje Pani leki endokrynologiczne w zaburzeniach funkcjonowania przysadki mózgowej, zawierające hormony lub ich pochodne, takie jak TSH, FSH, LH?	NIE	TAK	
1.4. Przyjmuje Pani leki lub suplementy zawierające biotynę (witamina B7) np. Biotebal, Skrzyppovita, Dolfos Dolvit Biotyna Cat Mini, Misie na zdrowe włosy, Merz Specjal Zdrovit + Magnella?	NIE	TAK	
2. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani kontakt seksualny z:			
2.1. Chorym na żółtaczkę?	NIE	TAK	
2.2. Chorym na AIDS?	NIE	TAK	
2.3. Nosicielem wirusa HIV?	NIE	TAK	
3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonywano u Pani:			
3.1. Przeszczep?	NIE	TAK	
3.2. Zabieg chirurgiczny (nawet bez znieczulenia ogólnego)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
3.3. Zabieg endoskopowy (np. bronchoskopię, gastrokopię, retroskopię)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
3.4. Usunięcie zęba (lub inny zabieg stomatologiczny powodujący kontakt z krwią)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
3.5. Przetoczenie krwi, jej składników lub immunoglobulin?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
3.6. Tatuaż?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
3.7. Przekłucie uszu lub innych części ciała?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
3.8. Akupunkturę?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
3.9. Inny zabieg powodujący kontakt z krwią (np. depilację kosmetyczną)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
4. Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani kontakt seksualny z:			
4.1. Osobą chorującą na hemofilię lub przyjmującą osoczowe czynniki krzepnięcia?	NIE	TAK	
4.2. Osobą przyjmującą dożylnie środki nieprzepisane przez lekarza?	NIE	TAK	
4.3. Osobą otrzymującą przetoczenia krwi, jej składników lub immunoglobulin?	NIE	TAK	
4.4. Osobą utrzymującą kontakty seksualne podwyższonego ryzyka?	NIE	TAK	
5. Czy podczas ostatnich trzech lat wyjeżdżała Pani poza granice Polski?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, gdzie?
6. Czy kiedykolwiek była Pani albo miała kontakt z osobą urodzoną lub mieszkającą w Afryce?	NIE	TAK	
7. Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób:			
7.1. Opryszczka wargowa?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy w trakcie ciąży?
7.2. Opryszczka narządów płciowych?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy w trakcie ciąży?
7.3. Żółtaczka zakaźna?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, jakiego typu oraz czy

17D-1 Kwestionariusz medyczny dla matki

			w trakcie ciąży?
7.4. Kiła?	NIE	TAK	
7.5. Toksoplazmoza?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy w trakcie ciąży?
7.6. Gruźlica?	NIE	TAK	
7.7. Malaria?	NIE	TAK	
7.8. Choroba Chagasa?	NIE	TAK	
7.9. Choroba genetyczna?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, jaka?
7.10. HPV (wirus brodawczaka ludzkiego)?	NIE	TAK	
8. Czy <u>kiedykolwiek</u> wykryto u Pani:			
8.1. CMV (wirus cytomegalii)	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy w trakcie ciąży?
8.2. HAV (wirus zapalenia wątroby typu A)	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy w trakcie ciąży?
8.3. HBV (wirus zapalenia wątroby typu B)	NIE	TAK	
8.4. HCV (wirus zapalenia wątroby typu C)	NIE	TAK	
8.5. HIV (wirus nabytego niedoboru odporności)	NIE	TAK	
8.6. HTLV (wirus białaczki ludzkiej komórek T)	NIE	TAK	
8.7. WNV (wirus Zachodniego Nilu)	NIE	TAK	
8.8. Babeszjozę	NIE	TAK	
9. Czy <u>kiedykolwiek</u>:			
9.1. Została Pani zdyskwalifikowana, jako dawca krwi?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy i dlaczego?)
9.2. Była Pani leczona insuliną pochodzenia zwierzęcego?	NIE	TAK	
9.3. Była Pani leczona ludzkim hormonem wzrostu (GH, STH, somatotropina)?	NIE	TAK	
9.4. Miała Pani przeprowadzone przeszczepienie narządu, tkanki lub komórek?	NIE	TAK	
9.5. Przyjmowała Pani dożylnie środki nie przepisane przez lekarza?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
9.6. Przyjmowała Pani osoczowe czynniki krzepnięcia?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
10. Czy <u>ktokolwiek</u> z Pani rodziny lub rodziny Ojca dziecka ma lub miał chorobę Creutzfeldta-Jakoba?	NIE	TAK	
11. Czy <u>ktokolwiek</u> z Pani rodziny lub rodziny Ojca dziecka cierpi lub cierpiał na chorobę genetyczną?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kto i kiedy?
12. Czy podczas <u>ostatnich 12 miesięcy</u> miała Pani przeprowadzoną immunizację bierną? (np. Czy otrzymywała Pani przeciwciała / immunoglobulinę przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B – <i>Hepatect</i> , przeciwciała / immunoglobulinę przeciwko chorobie cytomegalowirusowej – <i>Cytotect</i> lub inne przeciwciała?)	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, jakie i kiedy?
13. Czy podczas <u>ostatnich 12 miesięcy</u> miała Pani przeprowadzaną immunizację czynną? (np. Czy otrzymywała Pani jakiegokolwiek szczepienia?)	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, jakie i kiedy?
14. Czy przed rokiem 1980 była Pani zaszczepiona przeciwko ospie prawdziwej (<i>variola vere</i>)?	NIE	TAK	
15. Czy była Pani szczepiona w ciągu <u>ostatnich 6 miesięcy</u> przeciwko ospie wietrznej?	NIE	TAK	
16. Czy kiedykolwiek była Pani zaszczepiona przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B; żółtaczką typu B)?	NIE	Jeżeli TAK to, ile razy i kiedy było ostatnie szczepienie?	
	TAK	Ewentualnie proszę podać datę ostatniego badania i poziomu przeciwciał typu anty-HBs	

17D-1 Kwestionariusz medyczny dla matki

* w przypadku zmiany powyższych informacji – w dniu porodu lub 48 godzin po porodzie – matka dziecka oświadcza, że przekaże RCNT informację o zaistniałych zmianach

Data wypełnienia dokumentu

Podpis matki

Na podstawie wywiadu medycznego stwierdzam, że stan zdrowia matki pozwala na zgromadzenie krwi pępowinowej jej dziecka / dzieci w Publicznym Banku Komórek Macierzystych Regionalnego Centrum Naukowo-Technologicznego (RCNT).

Uwagi:

Data: Podpis lekarza kwalifikującego RCNT:

Na podstawie wywiadu medycznego stwierdzam, że stan zdrowia matki może mieć wpływ na jakość i przydatność lecznicza krwi pępowinowej jej dziecka / dzieci zgromadzonej w Publicznym Banku Komórek Macierzystych Regionalnego Centrum Naukowo-Technologicznego (RCNT).

Uwagi:

Data: Podpis lekarza kwalifikującego RCNT:

