

ANKIETA STANU ZDROWIA DAWCY SZPIKU

Imię i nazwisko:.....

Numer dawcy szpiku.....

Nr PESEL:.....

Uwaga: Celem ankiety jest poprawa bezpieczeństwa biorcy szpiku i zapewnienie bezpieczeństwa potencjalnego dawcy szpiku. Brak odpowiedzi na którekolwiek pytanie zgodne z płcią dawcy spowoduje nie włączenie do rejestru niespokrewnionych dawców szpiku.		Właściwe zakreślić kółkiem	
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? (przeciwno:.....)	TAK	NIE
11.	Czy kiedykolwiek chorowałeś(a)ś na poważne choroby, lub miałeś(a)ś któryś z poniższych objawów (jeśli tak, zaznaczyć kółkiem):		
	- żółtaczka, malaria, gruźlica, gorączka reumatyczna?	TAK	NIE
	- choroby serca, nadciśnienie lub obniżone ciśnienie tętnicze?	TAK	NIE
	- uczulenia, katar sienny, astma?	TAK	NIE
	- Jeśli tak, to czy przyjmujesz stale leki:	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		
1.	Czy zapoznałeś(a)ś się z informacją nt. AIDS (zakażenia HIV) i wirusowego zapalenia wątroby?	TAK	NIE
2.	Czy miałeś(a)ś wstrzykiwane jakiegokolwiek środki odurzające?	TAK	NIE
3.	Czy kiedykolwiek otrzymałeś(a)ś pieniądze lub środki odurzające w zamian za seks?	TAK	NIE
4.	Dla mężczyzn: czy kiedykolwiek uprawiałeś seks z mężczyzną?	TAK	NIE
5.	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
6.	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
7.	Czy miałe(a)ś styczność z wirusowym zapaleniem wątroby przez kontakt z członkami rodziny lub w pracy?	TAK	NIE
8.	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)			
9.	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			
10.	Czy byłe(a)ś poddawany(a) znieczuleniu?	TAK	NIE
11.	Jeśli tak, czy miałe(a)ś jakiegokolwiek powikłania lub nietypowe reakcje?	TAK	NIE
D. Pytania związane z ryzykiem CJD i innych chorób			
12.	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
13.	Czy w twojej rodzinie wystąpiły przypadki choroby Creutzfeldta – Jakoba (CJD)?	TAK	NIE
14.	Czy miałe(a)ś przeszczepioną rogówkę?	TAK	NIE
15.	Czy kiedykolwiek miałe(a)ś przeszczepioną oponę twardą?	TAK	NIE
16.	Czy miałe(a)ś jakiegokolwiek inne przeszczepienie? (wymienić)	TAK	NIE
17.	Czy kiedykolwiek byłe(a)ś leczony(a) wyciągiem z ludzkiej przysadki (hormonem wzrostu)?	TAK	NIE
18.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałe(a)ś w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?	TAK	NIE
19.	Czy chorowałe(a)ś na malarię lub inne choroby tropikalne?	TAK	NIE
E. Pytania związane z ryzykownym stylem życia			
20.	Czy chorowałe(a)ś na jakąkolwiek chorobę przenoszoną drogą płciową?	TAK	NIE
21.	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy przebywałe(a)ś w areszcie lub więzieniu?	TAK	NIE

Data.....

Podpis Dawcy Szpiku.....

Pieczętka i podpis lekarza.....