



KWESTIONARIUSZ

(dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są objęte tajemnicą lekarską i służą do kwalifikacji matki dziecka do pobrania krwi pępowinowej)

Pytania zawarte w Kwestionariuszu powstały min. na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2008r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek.

Imię i nazwisko matki: PESEL matki dziecka:

Umowa nr:

WYPEŁNIA MATKA:

Prosimy o zakreślenie odpowiedzi zgodnie z aktualnie posiadaną i najlepszą wiedzą, zaznaczając „X” przy wybranej opcji odpowiedzi.

1. Czy aktualnie czuje się Pani zdrowa?

TAK NIE

Jeśli NIE, to co jest problemem:

2. Czy przyjmuje Pani jakiegokolwiek leki przewlekłe?

TAK NIE

Jeśli TAK, to jakie:

3. Czy aktualnie przyjmuje Pani leki przeciwniebezpieczne (antybiotyki, leki przeciwgrzybicze, leki przeciwwirusowe)?

TAK NIE

Jeśli TAK, to jakie:

4. Czy kiedykolwiek chorowała Pani na jedną z niżej wymienionych chorób?

(w przypadku odpowiedzi pozytywnej prosimy o dostarczenie wyniku właściwego badania lub jego kserokopii)

| | TAK (proszę wpisać kiedy) | NIE | NIE WIEM |
|--|------------------------------|-----|----------|
| gruźlica | | | |
| wirusowe zapalenie wątroby (jakiego typu?:.....) | | | |
| toksoplazmoza | | | |
| kiła | | | |
| opryszczka narządów płciowych | | | |

5. Czy kiedykolwiek wykryto u Pani wirus HPV (wirus brodawczaka ludzkiego)

(w przypadku odpowiedzi pozytywnej prosimy o dostarczenie wyniku właściwego badania lub jego kserokopii)

TAK NIE NIE WIEM

6. Czy kiedykolwiek rozpoznawano u Pani lub u Pani krewnych (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie) chorobę uwarunkowaną genetycznie?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to u kogo, kiedy i jaką:

7. Czy kiedykolwiek rozpoznawano u Ojca Dziecka lub jego krewnych (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie) chorobę uwarunkowaną genetycznie?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to u kogo, kiedy i jaką:

8. Czy kiedykolwiek rozpoznawano u Pani lub u Ojca Dziecka chorobę nowotworową?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to u kogo, kiedy i jakiego rodzaju:

9. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani chorobę o nieznannej etiologii w wywiadzie?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy i jakie były objawy choroby:

10. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani postępującą demencję lub zwyrodnieniową chorobę neurologiczną, w tym o nieznanym pochodzeniu?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy rozpoznano i jaką chorobę:

11. Czy kiedykolwiek była Pani biorcą hormonów uzyskanych z ludzkiej przysadki mózgowej (np. hormon wzrostu)?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy i jakich hormonów:



12. Czy kiedykolwiek była Pani biorcą przeszczepów rogówki, twardówki i opony twardej, a także osobą, którą poddano nieudokumentowanej operacji neurochirurgicznej, w której zastosowana mogła być opona twarda?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy i co zostało przeszczepione:

13. Czy kiedykolwiek chorowała Pani na chorobę autoimmunizacyjną?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy i na jaką chorobę:

14. Czy kiedykolwiek była Pani leczona środkami immunosupresyjnymi?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy:

15. Czy podczas ciąży była Pani narażona na działanie substancji takiej jak cyjanek, ołów, rtęć, złoto?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy była Pani narażona i na jaką substancję:

16. Czy kiedykolwiek oddawała Pani krew w stacji krwiodawstwa?

TAK NIE

Jeśli TAK, to kiedy:

17. Czy kiedykolwiek była Pani zdyskwalifikowana jako dawca krwi?

TAK NIE

Jeśli TAK, to z jakiego powodu:

18. Czy kiedykolwiek wykryto u Pani:

(w przypadku odpowiedzi pozytywnej prosimy o dostarczenie wyniku właściwego badania lub jego kserokopii)

| | TAK (proszę wpisać kiedy) | NIE | NIE WIEM |
|--|------------------------------|-----|----------|
| CMV (wirus cytomegalii) | | | |
| HAV (wirus zapalenia wątroby typu A) | | | |
| HBV (wirus zapalenia wątroby typu B) | | | |
| HCV (wirus zapalenia wątroby typu C) | | | |
| HIV (wirus nabytego niedoboru odporności) | | | |
| HTLV (wirus ludzkiej białaczki T-komórkowej) | | | |
| EBV (wirus Epstein-Barr) | | | |

19. Czy Pani, Ojciec Dziecka bądź Państwa rodzice pochodzicie lub przebywaliście powyżej pół roku na obszarach o wysokiej chorobowości HTLV-1 oraz HTLV-2 (wirus ludzkiej białaczki T-komórkowej) tj.: Japonia, Afryka Środkowa, Karaiby, południowo-wschodnie stany USA, północno-wschodnia część Ameryki Południowej, Tajwan, Papua Nowa Gwinea?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kto i jak długo:

20. Czy Pani lub Ojciec Dziecka przebywaliście w ciągu ostatnich 12 miesięcy na obszarach o wysokiej chorobowości gorączki krwotocznej Ebola (wirus EVD Ebola Virus Disease) tj. Afryka Środkowa, Afryka Zachodnia ?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kto i jak długo:

21. Czy chorowała Pani na gorączkę Q (potocznie koziej grypy)?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy:

22. Czy chorowała Pani na Gorączkę Zachodniego Nilu (choroba wywołana wirusem Zachodniego Nilu)?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy:.....

23. Czy zdiagnozowano u Pani infekcję wirusem Zika?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy:

24. Czy w przeciągu ostatnich 7 tygodni przebywała Pani w Holandii, szczególnie w prowincjach, w których odnotowano wzrost liczby zachorowań na gorączkę Q (Noord Brabant, Gerderland, Limburg i Utrecht)?

TAK NIE

Jeśli TAK, to gdzie i kiedy:

25. Czy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy przebywała Pani/ lub Ojciec Dziecka poza granicą Polski?

TAK NIE

Jeśli TAK, to gdzie i kiedy:



26. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani bliski kontakt (w tym seksualny) z:

| | TAK | NIE | NIE WIEM |
|--|-----|-----|----------|
| chorym na wirusowe zapalenie wątroby typu A, B lub C | | | |
| chorym na AIDS | | | |
| Nosicielem HIV | | | |
| osobą utrzymującą kontakty seksualne podwyższonego ryzyka? | | | |
| osobą u której w ciągu ostatnich 6 miesięcy zdiagnozowano infekcję wirusem Zika? | | | |
| osobą która w ciągu ostatnich 6 miesięcy podróżowała lub przebywała na obszarach zagrożonych wirusem Zika? | | | |

27. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonywano u Pani:

| | TAK (proszę wpisać kiedy) | NIE | NIE PAMIETAM |
|---|---------------------------------|-----|-----------------|
| zabieg chirurgiczny | | | |
| zabieg endoskopowy | | | |
| usunięcie zęba lub inny zabieg stomatologiczny | | | |
| przetoczenie krwi, składników krwi lub immunoglobulin | | | |
| przekłucie uszu lub innych części ciała | | | |
| tataż, akupunkturę | | | |
| inny zabieg związany z kontaktem z krwią? | | | |

28. Czy ktokolwiek z Pani krewnych miał rozpoznawaną chorobę Creutzfeldta-Jacoba?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kto i kiedy:

29. Czy była Pani szczepiona przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy podano ostatnią dawkę:

Data.....

Podpis Matki.....

Serdecznie dziękujemy za wypełnienie ankiety!



Wypełnia Lekarz Nadzorujący Banku Komórek Macierzystych nOvum:

I. Zalecenia dotyczące wykonania dodatkowych badań serologicznych.

A) Na podstawie danych zawartych w kwestionariuszu zalecam wykonanie następujących dodatkowych badań serologicznych u matki dziecka:

- | | |
|---------|----------|
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

Wynik(i) zaleconych badań należy przesłać (dostarczyć) do BKM Novum osobiście, skan emailem lub listownie.

Data:..... Podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego BKM Novum

B) **Matka dziecka została poinformowana o zaleceniu wykonania badania(ń) i ich dostarczeniu do BKM Novum telefonicznie oraz e-mailowo / listownie(niepotrzebne skreślić)**

Data:.....

Imię i nazwisko oraz podpis pracownika biura BKM Novum informującego o wykonaniu badań

II. Kwalifikacja / dyskwalifikacja* matki dziecka do pobrania krwi pępowinowej.

Na podstawie danych zawartych w kwestionariuszu **kwalifikuję matkę dziecka do pobrania krwi pępowinowej jej dziecka/dzieci w BKM Novum.**

UWAGI:.....

Data:..... Podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego BKM Novum

Na podstawie danych zawartych w kwestionariuszu **stwierdzam, że stan zdrowia Matki może mieć niekorzystny wpływ na jakość i przydatność terapeutyczną krwi pępowinowej jej dziecka/dzieci zgromadzonej w BKM Novum.** Oświadczam, że Matka/Ojciec Dziecka został/a o tym poinformowany w trakcie rozmowy telefonicznej w dniu i podtrzymał/a chęć pobrania i przechowywania krwi pępowinowej w BKM Novum. Odpowiednie oświadczenie pisemne zostanie dostarczone przez Matkę/Ojca w ciągu.....dni do BKM Novum.

UWAGI:.....

Data:..... Podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego BKM Novum

Na podstawie danych zawartych w kwestionariuszu **stwierdzam, że stan zdrowia Matki może mieć niekorzystny wpływ na jakość i przydatność terapeutyczną krwi pępowinowej jej dziecka/dzieci zgromadzonej w BKM Novum.** Oświadczam, że Matka/Ojciec Dziecka został/a o tym poinformowany w trakcie rozmowy telefonicznej w dniu i zrezygnował/a z pobrania i przechowywania krwi pępowinowej w BKM Novum. Odpowiednie oświadczenie pisemne zostanie dostarczone przez Matkę/Ojca w ciągu.....dni do BKM Novum.

UWAGI:.....

Data:..... Podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego BKM Novum

Na podstawie danych zawartych w kwestionariuszu **dyskwalifikuję matkę dziecka z pobrania krwi pępowinowej.** Oświadczam, że Matka/Ojciec Dziecka został/a o tym poinformowany w trakcie rozmowy telefonicznej w dniu i zrezygnował/a z pobrania i przechowywania krwi pępowinowej w BKM Novum. Odpowiednie oświadczenie pisemne zostanie dostarczone przez Matkę/Ojca w ciągu.....dni do BKM Novum.

UWAGI:.....

Data:..... Podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego BKM Novum