

KWESTIONARIUSZ

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

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:

WYPEŁNIA MATKA:

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

PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM
1. Czy aktualnie czuje się Pani zdrowa? Jeśli NIE, to co jest problemem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Czy przyjmuje Pani, jakiegokolwiek leki przewlekłe? Jeśli TAK, to jakie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Czy aktualnie przyjmuje Pani leki przeciwbakteryjne (antybiotyki, leki przeciwgrzybicze, leki przeciwwirusowe)? Jeśli TAK, to jakie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Czy kiedykolwiek chorowała Pani na jedną z niżej wymienionych chorób? (w przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o dostarczenie wyniku właściwego badania)	TAK	NIE	NIE WIEM
a) gruźlica (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) wirusowa zapalenie wątroby (kiedy i jakiego typu?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) toksoplazmoza (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) kiła (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) opryszczka narządów płciowych (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy kiedykolwiek wykryto u Pani wirus HPV (wirus brodawczaka ludzkiego)? (w przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o dostarczenie wyniku właściwego badania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani lub u Pani krewnych (rodzeństwo, rodzice, dziadkowie) chorobę uwarunkowaną genetycznie? Jeśli TAK, to u kogo, kiedy i jaką:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Ojca Dziecka lub jego krewnych (rodzeństwo, rodzice, dziadkowie) chorobę uwarunkowaną genetycznie? Jeśli TAK, to u kogo, kiedy i jaką:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani lub u Ojca Dziecka chorobę nowotworową? Jeśli TAK, to u kogo, kiedy i jakiego rodzaju:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani chorobę o nieznanym etiologii w wywiadzie? Jeśli TAK, to kiedy i jakie były objawy choroby:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani postępującą demencję lub zwyrodnieniową chorobę neurologiczną, w tym o nieznanym pochodzeniu? Jeśli TAK, to kiedy rozpoznano i jaką chorobę:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM
11. Czy kiedykolwiek była Pani biorcą hormonów uzyskanych z ludzkiej przysadki mózgowej (np. hormon wzrostu)? Jeśli TAK, to kiedy i jakich hormonów:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy kiedykolwiek była Pani biorcą przeszczepów rogówki, twardówki, opony twardej lub osobą, którą poddano nieudokumentowanej operacji neurochirurgicznej, w której zastosowana mogła być opona twarda? Jeśli TAK, to kiedy i co zostało przeszczepione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy kiedykolwiek chorowała Pani na chorobę autoimmunologiczną? Jeśli TAK, to kiedy i na jaką chorobę:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy kiedykolwiek była Pani leczona środkami immunosupresyjnymi? Jeśli TAK, to kiedy i na jaką chorobę:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czy podczas ciąży była Pani narażona na działanie substancji takiej jak cyjanek, ołów, rtęć? Jeśli TAK, to kiedy była Pani narażona i na jaką substancję:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Czy kiedykolwiek oddawała Pani krew w stacji krwiodawstwa? Jeśli TAK, to kiedy:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Czy kiedykolwiek była Pani zdyskwalifikowana jako dawca krwi? Jeśli TAK, to z jakiego powodu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Czy kiedykolwiek wykryto u Pani jeden w niżej wymienionych wirusów? (w przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o dostarczenie wyniku właściwego badania)	TAK	NIE	NIE WIEM
a) CMV – wirus cytomegalii (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) HAV – wirus zapalenia wątroby typu A (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) HBV – wirus zapalenia wątroby typu B (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) HCV – wirus zapalenia wątroby typu C (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) HIV – wirus nabytego niedoboru odporności (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) HTLV – wirus ludzkiej białaczki T-komórkowej (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) EBV – wirus Epstein-Barr (kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? Jeśli TAK, to kto, gdzie i jak długo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Czy Pani lub Ojciec Dziecka przebywaliście w ciągu ostatnich 12 miesięcy na obszarach o wysokiej chorobowości gorączki krwotocznej Ebola tj. Afryka Środkowa lub Afryka Zachodnia? Jeśli TAK, to kto, gdzie i jak długo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Czy w przeciągu ostatnich 7 tygodni przebywała Pani w Holandii, w prowincjach, gdzie odnotowano wzrost zachorowań na gorączkę Q (Utrecht, Limburg, Gerderland, Noord Brabant)? Jeśli TAK, to gdzie i kiedy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Czy chorowała Pani na gorączkę Q (potocznie gorączka koziej grypy)? Jeśli TAK, to kiedy:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Czy w przeciągu 28 dni przed porodem przebywała Pani w Andaluzji, szczególnie w tych rejonach, w których odnotowano przypadki zachorowania na zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych wywołanych przez wirusa Zachodniego Nilu (WNV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Czy chorowała Pani na Gorączkę Zachodniego Nilu? (wywołana wirusem Zachodniego Nilu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Czy zdiagnozowano u Pani infekcję wirusem Zika? Jeśli TAK, to kiedy:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM
26. Czy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy Pani lub Ojciec Dziecka przebywaliście Państwo poza granicą Polski? Jeśli TAK, to gdzie i kiedy:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani bliski kontakt (w tym seksualny) z:	TAK	NIE	NIE WIEM
a) chorym na wirusowe zapalenie wątroby typu A, B lub C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) chorym na AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) nosicielem HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) osobą utrzymującą kontakty seksualne podwyższonego ryzyka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) osobą u której w ciągu ostatnich 6 miesięcy zdiagnozowano infekcję wirusem Zika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) osobą która w ciągu ostatnich 6 miesięcy podróżowała lub przebywała na obszarach zagrożonych wirusem Zika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonywano u Pani (jeśli TAK, to kiedy?):	TAK	NIE	NIE PAMIĘTAM
a) zabieg chirurgiczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) zabieg endoskopowy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) usunięcie zęba lub inny zabieg stomatologiczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) przetoczenie krwi, składników krwi lub immunoglobulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) przekucie uszu lub innych części ciała?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) tatuaż, akupunkturę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) inny zabieg związany z kontaktem z krwią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM
29. Czy ktokolwiek z Pani krewnych miała rozpoznaną chorobę Creutzfeldta-Jacoba? Jeśli TAK, to kto i kiedy:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Czy była Pani szczepiona przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby? Jeśli TAK, to kiedy podano ostatnią szczepionkę:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Wyrażam zgodę na: pobranie / pozyskanie / przetwarzanie krwi pępowinowej oraz krwi łożyskowej (w przypadku decyzji o przechowywaniu krwi łożyskowej), a także na dokonanie ich oceny wirusologicznej i mikrobiologicznej.

TAK NIE

32. Wyrażam zgodę na utylizację komórek z krwi pępowinowej / krwi łożyskowej w przypadku dyskwalifikacji depozytu przez Lekarza Nadzorującego BKM nOvum lub w przypadku rozwiązania umowy.

TAK NIE

Data.....

Podpis Matki.....

Serdecznie dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza 

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/łożyskowej.

Na podstawie danych zawartych w kwestionariuszu **kwalifikuję matkę dziecka do pobrania krwi pępowinowej/łożyskowej 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/łożyskowej 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/łożyskowej 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/łożyskowej 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/łożyskowej 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/łożyskowej.** 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