

NAZWISKO I IMIE: .....

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr Dawcy Szpiku .....

Wypełnienie niniejszej ankiety ma na celu potwierdzenie Twojej przydatności zdrowotnej do oddania szpiku zgodnie z medycznymi zasadami mającymi chronić Twoje zdrowie jako dawcy oraz zdrowie biorcy. Poniższe pytania dotyczą czynników, powodujących brak przydatności zdrowotnej osoby do oddania komórek krwiotwórczych. Pytania nie obejmują wszystkich sytuacji uniemożliwiających oddanie szpiku i dlatego jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości lub problemy prosimy o skontaktowanie się z personelem Ośrodka Dawców Szpiku.

**Uprzejmie prosimy odpowiedzieć, zakreślając znakiem X właściwą odpowiedź**

1	Waga: ..... kg,	Wzrost:..... cm		
2	Czy jest Pan / Pani obecnie zdrowy ?		TAK	NIE
3	Czy Pan / Pani pali ?		TAK	NIE
4	Czy regularnie Pan /Pani pije alkohol ?		TAK	NIE
5	Czy jest Pan / Pani krwiodawcą ? Data ostatniej donacji: .....		TAK	NIE
6	Czy kiedykolwiek zdyskwalifikowano Pana / Panią od oddania krwi ? (Podaj przyczynę).....		TAK	NIE
7	Czy miała Pan/Pani gorączkę z niejasnej przyczyny ?		TAK	NIE
8	Czy przyjmuje Pan / Pani <b>JAKIEKOLWIEK</b> leki (tabletki - w tym aspirynę, czopki, zastrzyki, leki wziewne) ? Jeżeli tak, to jakie i kiedy ? .....		TAK	NIE
9	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała Pan/Pani:			
	a)	operację, endoskopię, biopsję lub chirurgiczny zabieg stomatologiczny ?	TAK	NIE
	b)	przeszczepienie tkanki, jak wędzadła stawowe, ścięgna, skóra, kości (również proszek kostny do celów dentystycznych) ?	TAK	NIE
	c)	kosmetyczne nakłucia ciała (kolczyki, makijaż permanentny lub tatuaże) ?	TAK	NIE
	d)	leczenie akupunkturą przez osoby inne niż zarejestrowany lekarz ?	TAK	NIE
	e)	przetoczenie krwi i jej składników bądź preparatów krwiopochodnych ? Jeżeli tak, to kiedy i w jakim państwie ? .....	TAK	NIE
	f)	przypadkowe zakłucie igłą mającą kontakt z krwią lub otarcie błon śluzowych przedmiotem zanieczyszczonym krwią?	TAK	NIE
10	Czy choruje Pan / Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości? Jeśli tak , to proszę zaznaczyć znakiem X które z poniższych.		TAK	NIE
	a)	<input type="checkbox"/> choroby układu krążenia (nadciśnienie lub obniżone ciśnienie tętnicze); <input type="checkbox"/> zawał serca <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca, <input type="checkbox"/> duszność, <input type="checkbox"/> udar mózgu. Jeżeli TAK, to kiedy ? .....		
	b)	<input type="checkbox"/> choroby skóry, <input type="checkbox"/> wypryski / wysypka, <input type="checkbox"/> uczulenia, <input type="checkbox"/> katar sienny, <input type="checkbox"/> astma, Jeżeli TAK, to kiedy ? .....		
	c)	<input type="checkbox"/> cukrzyca, <input type="checkbox"/> choroby krwi; <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku, <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego; <input type="checkbox"/> choroby psychiczne; <input type="checkbox"/> nowotwór; <input type="checkbox"/> choroby płuc; <input type="checkbox"/> gorączka reumatyczna; <input type="checkbox"/> choroby nerek; <input type="checkbox"/> zaburzenia krzepnięcia krwi <input type="checkbox"/> choroby tarczycy i inne zaburzenia endokrynologiczne; <input type="checkbox"/> padaczka lub inne zaburzenia nerwowe; <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych w tym zapalenie żył; <input type="checkbox"/> choroby krążków międzykręgowych kręgosłupa Jeżeli TAK, to kiedy ? .....		
	d)	<input type="checkbox"/> żółtaczka; <input type="checkbox"/> kiła; <input type="checkbox"/> rzeżączka; <input type="checkbox"/> toxoplazmoza; <input type="checkbox"/> mononukleozą zakaźną; <input type="checkbox"/> borelioza; <input type="checkbox"/> brucelozą; <input type="checkbox"/> gruźlica. Jeżeli TAK, to kiedy ? .....		
	e)	<input type="checkbox"/> AIDS; <input type="checkbox"/> gorączka Q; <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu; <input type="checkbox"/> chorobę Chagasa; <input type="checkbox"/> tyfus; <input type="checkbox"/> malaria; <input type="checkbox"/> inne choroby tropikalne. Jeżeli TAK, to kiedy ? .....		
	f)	<input type="checkbox"/> ospa wietrzna; <input type="checkbox"/> półpasiec; <input type="checkbox"/> cytomegalia; <input type="checkbox"/> opryszczka wargowa; <input type="checkbox"/> opryszczka narządów płciowych Jeżeli TAK, to kiedy ? .....		

11	Czy w ciągu ostatniego półrocza przechodził Pan/Pani szczepienia ? Jeżeli TAK, to jakie i kiedy ? .....	TAK	NIE
12	Czy miał Pan / Pani styczność z wirusowym zapaleniem wątroby przez kontakt z członkami rodziny lub w pracy ?	TAK	NIE
13	Czy miał Pan / Pani kontakt z chorym zakaźnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy ? Jeśli tak to kiedy?.....	TAK	NIE
14	Czy był Pan / Pani poddawany znieczuleniu ? Jeśli tak, to czy wystąpiły jakiegokolwiek powikłania lub nietypowe reakcje ?.....	TAK	NIE
15	Czy w okresie od 1 stycznia 1980 r. do 31 grudnia 1996 r. przebywał Pan / Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii ?	TAK	NIE
16	Czy w Pana / Pani rodzinie wystąpiły przypadki choroby Creutzfelda - Jakoba (CJD) ?	TAK	NIE
17	Czy był Pan / Pani biorcą przeszczepu (rogówki lub innych tkanek) ? Jeżeli tak to kiedy i jakich tkanek ? .....	TAK	NIE
18	Czy kiedykolwiek był Pan / Pani leczony wyciągiem z ludzkiej przysadki (hormonem wzrostu) ? Jeśli tak to kiedy ?.....	TAK	NIE
19	Czy przebywał Pan / Pani czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych ? Jeśli tak to kiedy ?.....	TAK	NIE
20	Czy chorował Pan / Pani na jakąkolwiek chorobę przenoszoną drogą płciową ?	TAK	NIE
21	Czy uprawiał Pan / Pani seks z wieloma partnerami/partnerkami albo partnerem/partnerką, których znasz od niedawna ?	TAK	NIE
22	Czy miał Pan / Pani wstrzykiwane jakiegokolwiek środki odurzające lub narkotyki ?	TAK	NIE
23	Czy kiedykolwiek otrzymał Pan / Pani pieniądze lub środki odurzające w zamian za seks ?*	TAK	NIE
24	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uprawiał Pan / Pani seks z kimś kto:*		
a)	jest HIV dodatni lub ma wirusowe zapalenie wątroby ?	TAK	NIE
b)	wstrzykuje sobie lub wstrzykiwał środki odurzające ?	TAK	NIE
c)	przyjmuje lub przyjmował pieniądze lub środki odurzające w zamian za seks ?	TAK	NIE
25	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał Pan / Pani poza granicami Polski ? Jeśli tak, to gdzie, kiedy i jak długo ?.....	TAK	NIE
26	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy przebywał Pan / Pani w areszcie lub więzieniu ?	TAK	NIE
27	Czy znane są Panu / Pani jakiegokolwiek inne powody mogące wykluczyć od oddania szpiku, które chcesz omówić z lekarzem ? Proszę wymienić: .....	TAK	NIE
28	<b>TYLKO DLA MĘŻCZYŹN</b> - Czy kiedykolwiek uprawiał Pan seks z mężczyzną ?*	TAK	NIE
<b>TYLKO DLA KOBIEC</b>			
29	Czy jest Pani w ciąży ? / Ilość przeżytych ciąż: .....	TAK	NIE
30	Czy Pani miesiączkuje ? Jeżeli TAK, to kiedy ostatnio..... Jeżeli NIE, to podać powód .....	TAK	NIE
31	Czy w latach 1965 – 1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności ?	TAK	NIE
32	Czy wiadomo Pani, aby którykolwiek z mężczyzn, z którymi Pani uprawiała seks w ciągu ostatnich 12 miesięcy uprawiał seks z innym mężczyzną ? *	TAK	NIE

\*Pytanie w ankiecie zadawane jest ze względu na międzynarodowy charakter rejestru i przepisy obowiązujące w krajach do niego należących.

Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy.

Data ..... Podpis dawcy .....

Data ..... Podpis osoby weryfikującej kwestionariusz: .....