

VSTUPNÍ DOTAZNÍK O ZDRAVOTNÍM STAVU (Součást PROHLÁŠENÍ I)

Příjmení:	Jméno:	Titul:	ID kód (vyplní registr):
Datum nar.:	Rodné číslo:	Zdravotní pojišťovna:	
Výška:	Váha:	Krev. sk.:	
Trvalé bydliště:			PSČ:
Kontaktní adresa:			PSČ:
Mobil:	E-mail:	Jiný kontakt:	

Vyplňte prosím zodpovědně a pravdivě následující údaje. Správnou odpověď **zakroužkujte**.

Uvědomte si, prosím, že nepravdivé vyplnění údajů by mohlo vést ke komplikacím ve vyhledávání vhodného dárce, příp. ohrozit Váš nebo pacientův zdravotní stav.

Jakékoli nejasnosti konzultujte, prosím, s naším pracovníkem před vstupním odběrem krve.

1	Cítíte se zdrav/a?	Ano	Ne
2	Jste dárce krve nebo krevních složek (plasma, destičky)?	Ano	Ne
3	Byl/a jste někdy odmítnut/a jako dárce krve? Proč:	Ano	Ne
4	Objevují se u Vás obtíže při běžných odběrech krve (nevolnost, mdloby)?	Ano	Ne
5	Byl/a jste někdy vážně nemocen/a ? Kdy: S čím:	Ano	Ne
6	Prodělal/a jste závažný úraz vyžadující odborné lékařské ošetření? Kdy: Popis úrazu:	Ano	Ne
7	Podstoupil/a jste nějakou operaci ? Kdy: Jakou:	Ano	Ne
8	Léčíte se, nebo jste sledován/a pro nějaké onemocnění? Jaké:	Ano	Ne
9	Užíváte pravidelně nějaké léky? (kromě antikoncepce) Jaké:	Ano	Ne
10	Prodělal/a jste nebo v současné době trpíte některým z následujících onemocnění?		
	• infekční žloutenka (virový zánět jater) typu B,C	Ano	Ne
	• tuberkulóza	Ano	Ne
	• pohlavní nemoci (syfilis, kapavka, jiné.....)	Ano	Ne
	• jiná infekční onemocnění (lymská borelióza, leishmanióza, malarie, tularemie, jiné.....)	Ano	Ne
	• nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, trombofilie, jiné.....)	Ano	Ne
	• nemoci srdce, cév (poruchy srdečního rytmu, bolesti na hrudi, žilní trombóza, jiné.....)	Ano	Ne
	• vysoký nebo nízký krevní tlak	Ano	Ne
	• nemoci dýchacích orgánů (astma, chronický zánět průdušek, rozedma plic, jiné.....)	Ano	Ne
	• nemoci zažívacího traktu (vředová choroba, záněty střeva, slinivky, nemoci jater, žlučnickové kameny, jiné.....)	Ano	Ne
	• nemoci ledvin a močových cest (záněty, cysty, kameny, jiné.....)	Ano	Ne
	• nemoci nervové soustavy, oka (migréna, křečové stavy, epilepsie, meningitida, encefalitida, roztroušená skleróza, glaukom, záněty sítnice, jiné.....)	Ano	Ne
	• psychická onemocnění (deprese, psychóza, jiné.....)	Ano	Ne
	• nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, nemoci štítné žlázy, poruchy metabolismu, jiné.....)	Ano	Ne
	• alergie, onemocnění kůže (astma, senná rýma, ekzémy, atopie, psoriáza (lupenka), jiné.....)	Ano	Ne
	• autoimunitní onemocnění (revmatoidní artritida, lupus, Crohnova choroba, celiakie, vaskulitida, jiné.....)	Ano	Ne
	• nádorové onemocnění	Ano	Ne
11	Byla ve Vaší rodině zjištěna Creutzfeld-Jakobova choroba nebo její varianta vCJD?	Ano	Ne
12	Pobýval/a jste v období 1980-96 celkem déle než 6 měsíců ve Velké Británii nebo Francii?	Ano	Ne
13	Užíváte nebo jste užíval/a nějaké návykové látky (drogy, včetně marihuany)?	Ano	Ne
14	Byl/a jste v úzkém kontaktu (společná domácnost, sexuální kontakt) s nemocným s infekční žloutenkou, HIV nebo nitrožilním uživatelem drog?	Ano	Ne
15	<u>Vyplní ženy:</u> Byla jste někdy těhotná ? Jestliže ano, uveďte počet těhotenství: počet narozených dětí:	Ano	Ne

PROHLÁŠENÍ I

Informovaný souhlas se vstupem do Českého registru dárců krvetvorných buněk

Součástí tohoto prohlášení je Dotazník o zdravotním stavu

Svým podpisem stvrzuji:

Byl/a jsem informován/a o tom, že:

- dárcovství je dobrovolné, neplacené a anonymní
- dárcem svým vstupem do registru souhlasí s případným darováním pacientovi kdekoliv na světě
- součástí vyhledávání vhodného dárce a případné přípravy na odběr je několik odběrů krve pro laboratorní vyšetření: určení HLA antigenů, zjištění markerů infekčních chorob a dalších testů k posouzení zdravotního stavu dárce
- odběr kostní dřeně probíhá v celkové anestézii (posouzení ne/vhodnosti tohoto způsobu odběru provede odborný lékař při kontrolním vyšetření před odběrem)
- odběr krvetvorných buněk z periferní krve (PBSC) probíhá ambulantně bez narkózy. Odběru předchází stimulace tzv. růstovým faktorem aplikací injekcí do podkoží (posouzení ne/vhodnosti tohoto způsobu odběru provede odborný lékař při kontrolním vyšetření před odběrem).
- existují určitá rizika spojená s odběrem krve, kostní dřeně nebo PBSC
- překážkou dárcovství je chování, které zvyšuje pravděpodobnost výskytu závažných onemocnění přenosných krví – např. dlouhodobý úzký kontakt s osobou infikovanou HIV, infekční žloutenkou; rizikové sexuální chování – promiskuita, pohlavní styk mezi muži, pohlavní styk provozovaný pro peníze nebo drogy; injekční užívání drog; pobyt v nápravném zařízení; zaměstnání v rizikovém prostředí
- svou registraci mohu kdykoliv zrušit
- bych měl/a registr informovat o změně svých kontaktních údajů, změně zdravotního stavu a nemožnosti být nadále veden/a jako potenciální dárcem

Souhlasím

- se svým zařazením do databáze nepříbuzných dobrovolných dárců Českého registru dárců krvetvorných buněk dle výše uvedených podmínek
- s anonymizovaným použitím získaných údajů k vědeckým účelům souvisejícím s dárcovstvím krvetvorných buněk
- aby vzorky mé krve/vyizolované DNA byly uchovány a případně použity pro další vyšetření související s dárcovstvím krvetvorných buněk
- aby moje osobní data byla používána pouze pro účely dárcovství krvetvorných buněk, a to v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Prohlašuji, že:

- jsem dotazník o zdravotním stavu vyplnil/a pravdivě dle svého nejlepšího vědomí a svědomí
- jsem měl/a možnost zeptat se na všechno, co mě ve vztahu k odběru krvetvorných buněk zajímalo a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a

Jméno dárce:	Podpis dárce:
Identitu dárce ověřil/a dle dokladu totožnosti:	Podpis:
V	Dne: