**VSTUPNÍ DOTAZNÍK O ZDRAVOTNÍM STAVU** (Součást PROHLÁŠENÍ I)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení:** | | | **Jméno:** | | | **Titul:** | | *ID:*  *GRID:*  *(vyplní registr)* |
| **Datum nar.:** | | **Rodné č.** (č.pojištěnce): | | | | | |
| **Výška: cm** | **Váha: kg** | | | **Zdrav. poj.:** | **Krev. sk.**  (pokud víte) | | |
| **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** | Jste **dárce krve nebo krevních složek** (plasma, destičky)? | Ano | Ne |
| **2** | Byl/a jste někdy **odmítnut/a** jako dárce krve? Proč: | Ano | Ne |
| **3** | Objevují se u Vás **obtíže při běžných odběrech krve** - nevolnost, mdloby? | Ano | Ne |
| **4** | Podstoupil/a jste nějakou **operaci** Kdy: Jakou: | Ano | Ne |
| **5** | Prodělal/a jste **závažný úraz -** úrazy hlavy, vnitřní zranění, polytrauma, jiné?  Kdy: Popis úrazu: | Ano | Ne |
| **6** | Užíváte pravidelně nějaké léky? (kromě antikoncepce) Jaké: | Ano | Ne |
| **7** | 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, malárie, tularemie, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | nemoci **krve** -chudokrevnost, krvácivost, trombofilie, např. Leidenská mutace, talasemie, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | nemoci **srdce, cév** - poruchy srdečního rytmu, nedomykavost chlopní, žilní trombóza, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | **vysoký 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, žlučníkové kameny, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | nemoci **ledvin a močových cest** - záněty, cysty, kameny, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | nemoci **nervové soustavy, oka** - migréna, křečové stavy, epilepsie, závažně probíhající meningitida, encefalitida, roztroušená skleróza, glaukom, záněty sítnice, duhovky, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | **psychická onemocnění** - deprese, psychóza, úzkosti, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | nemoci **žláz s vnitřní sekrecí** - cukrovka, nemoci štítné žlázy, poruchy metabolismu, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | **alergie** - alergické projevy po větší část roku, anafylaktická reakce, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | **onemocnění** **kůže** – lupenka, vitiligo, ekzémy většího rozsahu nebo v loketních jamkách, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | **autoimunitní onemocnění** - revmatoidní artritida, celiakie, Crohnova choroba, lupus, vaskulitida, jiné: | Ano | Ne |
| **●** | **nádorové** onemocnění | Ano | Ne |
| **8** | Léčíte se nebo jste sledován/a pro nějaké **jiné onemocnění?** Jaké: | Ano | Ne |
| **9** | Byla ve **Vaší rodině** zjištěna **Creutzfeld-Jakobova choroba** nebo její varianta vCJD? | Ano | Ne |
| **10** | Užíváte nebo jste užíval/a nějaké návykové látky (drogy, včetně marihuany)? | Ano | Ne |
| **11** | Byl/a jste v úzkém kontaktu (společná domácnost, sexuální kontakt) s nemocným s infekční žloutenkou, HIV nebo nitrožilním uživatelem drog? | Ano | Ne |
| **12** | Máte zaměstnání, při kterém se pohybujete v rizikovém prostředí - záření, chemická rizika, jiné? | Ano | Ne |
| **13** | Vyplní ženy: 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
* dárce svým vstupem do registru souhlasí s případným darováním pacientovi kdekoliv na světě
* vstupní vyšetření HLA antigenů se provádí molekulárně genetickými metodami testováním DNA, vyizolované ze vstupního vzorku (krve / slin / bukálního stěru)
* pseudonymizované údaje dárce jsou poskytovány českým transplantačním centrům, do mezinárodní databáze dárců (World Marrow Donor Association) a mezinárodním registrům (na celém světě) pro vyhledávání vhodného dárce pro konkrétního pacienta
* součástí vyhledávání vhodného dárce a případné přípravy na odběr je několik odběrů krve pro laboratorní vyšetření: testování 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
* je třeba registr informovat o změně mých kontaktních údajů, změně zdravotního stavu a nemožnosti být nadále veden/a jako potenciální dárce
* moje osobní údaje budou používány a zpracovávány pro účely dárcovství krvetvorných buněk v souladu zejména s Nařízením Evropského parlamentu a Rady č. 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (tzv. **GDPR**) – podrobnosti viz [http://gdpr.ikem.cz](http://gdpr.ikem.cz/)

Osobní údaje jsou v souladu se zákonem 285/2002 Sb. Transplantační zákon a 296/2008 Sb. Zákon o lidských tkáních a buňkách v planém znění shromažďovány po dobu minimálně 30 let

**Souhlasím**

* se svým zařazením do databáze nepříbuzných dobrovolných dárců Českého registru dárců krvetvorných buněk za 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 (vzorky mohou být vyšetřovány v laboratořích mimo ČR, resp. mimo EU)
* se zasíláním informací souvisejících s provozem registru. V případě nesouhlasu zaškrtněte: ne

**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: |