

<u>Kwestionariusz medyczny dla matki</u> (proszę uzupełnić dane osobowe, zakreślić odpowiednią odpowiedź w kółko i uzupełnić odpowiednie pola, a następnie złożyć czytelny podpis)		(kwestionariusz medyczny wypełnia matka wg swojej aktualnej najlepszej wiedzy)	
Imię i nazwisko			PESEL
1. Czy <u>aktualnie</u>:			
1.1. Przyjmuje Pani leki przeciwko zakażeniu (antybiotyki lub inne)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, z jakiego powodu?
1.2. Przyjmuje Pani jakiegokolwiek leki w sposób przewlekły?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, z jakiego powodu?
1.3. Przyjmuje Pani leki endokrynologiczne w zaburzeniach funkcjonowania przysadki mózgowej, zawierające hormony lub ich pochodne, takie jak TSH, FSH, LH?	NIE	TAK	
1.4. Przyjmuje Pani leki lub suplementy zawierające biotynę (witamina B7) np. Biotebal, Skrzypovita, Dolfos Dolvit Biotyna Cat Mini, Misie na zdrowe włosy, Merz Spezial Zdrovit + Magnella?	NIE	TAK	
1.5. Czy choruje Pani na tarczycę (np. niedoczynność, chorobę Hashimoto, nadczynność, chorobę Gravesa i Basedowa, wole, nowotwory tarczycy)?	NIE	TAK	
1.6. Czy przyjmuje Pani hormony tarczycy z powodu usunięcia tarczycy?	NIE	TAK	
2. Czy w ciągu <u>ostatnich 6 miesięcy</u> leczyła się Pani radioaktywnym jodem?	NIE	TAK	
3. Czy w ciągu <u>ostatnich 24 miesięcy</u> leczyła się Pani preparatami przeciwtarczycowymi?	NIE	TAK	
4. Czy w ciągu <u>ostatnich 6 miesięcy</u> miała Pani kontakt seksualny z:			
4.1. Chorym na żółtaczkę?	NIE	TAK	
4.2. Chorym na AIDS?	NIE	TAK	
4.3. Nosicielem wirusa HIV?	NIE	TAK	
4.4. Osobą zakażoną wirusem Zika?	NIE	TAK	
5. Czy podczas <u>ostatnich 12 miesięcy</u> miała Pani kontakt seksualny z:			
5.1. Osobą chorującą na hemofilię lub przyjmującą osoczowe czynniki krzepnięcia?	NIE	TAK	
5.2. Osobą przyjmującą dożylnie środki nieprzepisane przez lekarza?	NIE	TAK	
5.3. Osobą otrzymującą przetoczenia krwi, jej składników lub immunoglobulin?	NIE	TAK	
5.4. Osobą utrzymującą kontakty seksualne podwyższonego ryzyka (np. kontakty seksualne z wieloma partnerami, kontakty seksualne z wieloma partnerami bez zabezpieczenia, kontakty seksualne z osobami homoseksualnymi)?	NIE	TAK	
6. Czy w ciągu <u>ostatnich 12 miesięcy</u> wykonywano u			

17D-01 Kwestionariusz medyczny dla matki

Pani:			
6.1. Przeszczep?	NIE	TAK	
6.2. Zabieg chirurgiczny (nawet bez znieczulenia ogólnego)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
6.3. Zabieg endoskopowy (np. bronchoskopię, gastrokopię, retroskopię)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
6.4. Usunięcie zęba (lub inny zabieg stomatologiczny powodujący kontakt z krwią)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
6.5. Przetoczenie krwi, jej składników lub immunoglobulin?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
6.6. Tatuaż?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
6.7. Przekłucie uszu lub innych części ciała?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
6.8. Akupunkturę?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
6.9. Inny zabieg powodujący kontakt z krwią (np. depilację kosmetyczną)?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
7. Czy podczas <u>ostatnich trzech lat</u> wyjeżdżała Pani poza granice Polski?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, gdzie?
8. Czy podczas <u>ostatnich trzech lat</u> przebywała Pani w krajach Afryki Środkowej/ Zachodniej lub w Tajlandii, bądź na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, gdzie?
9. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przybywała Pani na terenach występowania zakażeń wirusem Zika, wirusem Zachodniego Nilu (WNV), wirusem dengi (DENV) lub wirusem Chikungunya (CHIKV) ?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, gdzie?
10. Czy <u>kiedykolwiek</u> była Pani albo miała kontakt z osobą urodzoną lub mieszkającą w Afryce?	NIE	TAK	
11. Czy w ciągu ostatnich 21 dni przebywała Pani na obszarach wysokiego ryzyka lub miała Pani kontakt z osobą podróżującą z obszaru wysokiego ryzyka zakażenia COVID-19 lub z osobą u której zdiagnozowano COVID-19?	NIE	TAK	
12. Czy chorowała Pani <u>kiedykolwiek</u> na jedną z niżej wymienionych chorób lub czy <u>kiedykolwiek</u> wykryto u Pani:			
12.1. Opryszczka wargowa?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy <u>w trakcie ciąży</u> ?
12.2. Opryszczka narządów płciowych?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy <u>w trakcie ciąży</u> ?
12.3. Żółtaczka zakaźna?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, <u>jakiego typu</u> oraz czy <u>w trakcie ciąży</u> ?
12.4. Toksoplazmoza?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy <u>w trakcie ciąży</u> ?
12.5. Choroba genetyczna?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, jaka?
12.6. CMV (wirus cytomegalii)	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy <u>w trakcie ciąży</u> ?
12.7. HAV (wirus zapalenia wątroby typu A)	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy <u>w trakcie ciąży</u> ?
13. Czy chorowała Pani <u>kiedykolwiek</u> na jedną z niżej wymienionych chorób lub czy <u>kiedykolwiek</u> wykryto u Pani:			
13.1. Kiła?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, czy <u>w trakcie ciąży</u> ?
13.2. Gruźlica?	NIE	TAK	

17D-01 Kwestionariusz medyczny dla matki

13.3. Malaria?	NIE	TAK	
13.4. Choroba Chagasa, WNV (wirus Zachodniego Nilu), ZIKAV (wirus Zika)	NIE	TAK	
13.5. HPV (wirus brodawczaka ludzkiego)?	NIE	TAK	
13.6. HBV (wirus zapalenia wątroby typu B)	NIE	TAK	
13.7. HCV (wirus zapalenia wątroby typu C)	NIE	TAK	
13.8. HIV (wirus nabytego niedoboru odporności)	NIE	TAK	
13.9. HTLV (wirus białaczki ludzkiej komórek T)	NIE	TAK	
13.10. Babeszjozę	NIE	TAK	
13.11. COVID-19 (wirus SARS-CoV-2)	NIE	TAK	
14. Czy <u>kiedykolwiek</u>:			
14.1. Została Pani zdyskwalifikowana, jako dawca krwi?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy i dlaczego?
14.2. Wykryto u Pani cukrzyce typu I lub II?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to którą ?
14.3. Była Pani leczona insuliną pochodzenia zwierzęcego, ludzkiego lub analogowego?	NIE	TAK	
14.4. Była Pani leczona ludzkim hormonem wzrostu (GH, STH, somatotropina)?	NIE	TAK	
14.5. Miała Pani przeprowadzone przeszczepienie narządu, tkanki lub komórek?	NIE	TAK	
14.6. Przyjmowała Pani dożylnie środki nieprzepisane przez lekarza?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
14.7. Przyjmowała Pani osoczowe czynniki krzepnięcia?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy?
15. Czy <u>ktokolwiek</u> z Pani rodziny lub rodziny Ojca dziecka ma lub miał chorobę Creutzfeldta-Jakoba?	NIE	TAK	
16. Czy <u>ktokolwiek</u> z Pani rodziny lub rodziny Ojca dziecka cierpi lub cierpiał na chorobę genetyczną?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kto i kiedy?
17. Czy podczas <u>ostatnich 12 miesięcy</u> miała Pani przeprowadzoną immunizację bierną? (np. Czy otrzymywała Pani przeciwciała / immunoglobulinę przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B – <i>Hepatect</i> , przeciwciała / immunoglobulinę przeciwko chorobie cytomegalowirusowej – <i>Cytotect</i> lub inne przeciwciała?)	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, jakie i kiedy?
18. Czy przyjmowała Pani szczepionkę przeciw SARS-CoV-2?	NIE	TAK	Jeżeli TAK to, kiedy i ile dawek?
19. Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani przeprowadzaną immunizację czynną? (np. Czy otrzymywała Pani jakiegokolwiek szczepienia?)	NIE	TAK	
20. Czy przed rokiem 1980 była Pani zaszczepiona przeciwko ospie prawdziwej (<i>variola vere</i>)?	NIE	TAK	
21. Czy była Pani szczepiona w ciągu <u>ostatnich 6 miesięcy</u> przeciwko ospie wietrznej?	NIE	TAK	

17D-01 Kwestionariusz medyczny dla matki

22. Czy kiedykolwiek była Pani zaszczepiona przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B; żółtaczka typu B)?	NIE	Jeżeli TAK to, ile razy i kiedy było ostatnie szczepienie?
	TAK	Ewentualnie proszę podać datę ostatniego badania i poziomu przeciwciał typu anty-HBs
* w przypadku zmiany powyższych informacji – w dniu porodu lub 48 godzin po porodzie – matka dziecka oświadcza, że przekaże RCNT informację o zaistniałych zmianach		
Data wypełnienia dokumentu		Podpis matki

Na podstawie wywiadu medycznego stwierdzam, że stan zdrowia matki pozwala na zgromadzenie krwi pępowinowej jej dziecka/dzieci w Publicznym Banku Komórek Macierzystych Regionalnego Centrum Naukowo-Technologicznego (RCNT).

Uwagi:

.....
.....

Data: Podpis lekarza kwalifikującego RCNT:

.....

Na podstawie wywiadu medycznego stwierdzam, że stan zdrowia matki może mieć wpływ na jakość i przydatność leczniczą krwi pępowinowej jej dziecka/dzieci zgromadzonej w Publicznym Banku Komórek Macierzystych Regionalnego Centrum Naukowo-Technologicznego (RCNT).

Uwagi:

.....
.....

Data: Podpis lekarza kwalifikującego RCNT:

.....