

ADATLAP¹

A leendő édesanya általános kórelőzménye

A köldökzsinórvérből és/vagy köldökzsinórból származó össejtek átültetésének irányelvei előírják, hogy Öntől, mint leendő anyától gondos kórelőzményt (anamnézist) vegyünk fel. Ezért arra kérjük Önt, hogy önállóan válaszolja meg a következő kérdéseket, és a végén írja alá a kérdőívet. Szívesen segítünk Önnek esetlegesen felmerülő kérdései megválaszolásában. Ez a kérdőív az Ön dokumentumai között lesz elhelyezve, és a köldökzsinórvér és/vagy köldökzsinór felhasználása esetén kell, hogy rendelkezésre álljon. Köszönjük a segítségét!

A leendő édesanya teljes neve:

Születési idő és hely:

Anyja születési neve:

Lakcím:

A szülés várható időpontja:

Egyes vagy többes terhesség:

Jelenleg szed-e, vagy a terhesség alatt szedett-e valamilyen gyógyszert? Igen Nem

Ha igen, mikor, milyen, milyen hosszan és milyen okból?

Megelőző vérvizsgálatok valamelyike fertőző betegséget mutatott-e ki? Igen Nem

Ha igen, melyeket?

Spontán vetélések száma:

Előző szülések száma:

Az anya és a biológiai apa között vérrokonság van-e? Igen Nem

Volt-e a terhessége során bármikor valamilyen fertőző megbetegedése?

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toxoplazmózis | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis | <input type="checkbox"/> Vérhaj, szifilisz |
| <input type="checkbox"/> Erythema infectiosum | <input type="checkbox"/> HIV-fertőzés |
| <input type="checkbox"/> Rózsahimlő | <input type="checkbox"/> Borreliózis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Cytomegália |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Gombás fertőzések |
| <input type="checkbox"/> Egyéb: | |

Ha igen, mikor?

Kapott-e valamilyen kezelést? Igen Nem Ha igen, meggyógyult-e? Igen Nem

Van-e jelenleg lázas és/vagy tisztázatlan eredetű megbetegedése? Igen Nem

Ha igen, kapott-e valamilyen kezelést?

Előfordult-e Önnél vérképző rendszeri, immunológiai vagy egyéb örökletes betegség? Igen Nem
Ha igen, melyek?

Védőoltások

Volt-e az utóbbi két évben tuberkulózisa (TBC-je)? Igen Nem
Ha igen, mikor?
Kapott-e kezelést? Igen Nem

Részesült-e aktív immunizálásban (védőoltásban) hepatitis A-val vagy hepatitis B-vel szemben? Igen Nem
Ha igen, mikor?

Kockázati tényezők és események

Átszúrták-e az utóbbi 6 hónapban a bőrét (piercing, füllyukasztás), tetováltatta-e magát, részt vett-e olyan akupunktúrán, amelyet nem aszeptikus körülmények között, vagy nem egyszer használatos tűvel hajtottak végre? Igen Nem
Ha igen, tapasztalt-e valamilyen szokatlan tünetet?

Tartózkodott-e az utóbbi 12 hónapban Európán kívüli országban? Igen Nem
Ha igen, hol? Mikor? Mennyi ideig?

Történt-e az utóbbi 12 hónapban műtéti vagy nagyobb fogászati beavatkozás Önnél? Igen Nem
Ha igen, mikor, milyen típusú?

Fennállnak Önnél bármely szenvedélybetegség tünetei (alkoholbetegség, gyógyszerfüggőség, drogfüggőség)? Igen Nem
Ha igen, milyen gyógyszerre vagy narkotikumra?

Alulírott kijelentem, hogy az össejtbankot haladéktalanul írásban értesítem, ha a gyermekem születéséig, vagy azt követően 12 hónapon belül olyan fertőző betegség lép fel nálam, amely vérrel átvihető (pl. hepatitis B, hepatitis C, vagy HIV), illetve, ha a fenti betegségek közül valamelyiket, vagy egyéb genetikai megbetegedést állapítanak meg gyermekemnél. A kórelőzményre vonatkozó fenti kérdőívet elolvastam, megértettem, továbbá az igazságnak megfelelően töltöttem ki.

Dátum:

.....

A nyilatkozatot tevő aláírása