

**DOTAZNÍK PRE ALOGÉNNEHO DARCU TKANÍV A BUNIEK*****Všetky otázky obsiahnuté v tomto dotazníku sú dôverné.***

*Prosím, vyplňte pravdivo, podľa predpisov o transplantácii kmeňových buniek z pupočníkovej krvi a tkaniva sa vyžaduje podrobná anamnéza darcu. Tento dotazník je súčasťou zdravotnej dokumentácie tkanivového zariadenia spoločnosti Blue Horizon International, a.s.*

Meno a priezvisko:		Rodné číslo:	
Adresa:			
Email:		Telefón:	
Zdravotná poisťovňa:			
Ambulantný gynekológ:			
Pracovisko:			

**\* V prípade kladnej odpovede (áno), upresnite dopísaním v riadku.**

01. Užívali ste niekedy prípravok z ľudskej hypofýzy (rastový hormón) ?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
02. Prekonali ste ochorenia krvi alebo problém so zvýšenou krvácanosťou?*	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
03. Diagnostikovali Vám niekedy infekčnú hepatitídu B, C?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
04. Trpíte Vy alebo niekto v rodine chronickým autoimunitným ochorením – napr. Sclerosis multiplex, Crohnova choroba, reumatoidná artritída, iné .....	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
05. Transplantovali Vám rohovku alebo iný orgán? Kedy ..... Ak áno, aký .....	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
06. Zistili Vám Creutzfeldtovu-Jacobovu chorobu?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
07. Zistili u Vášho pokrvného príbuzného Creutzfeldtovu-Jacobovu chorobu?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
08. Mali ste pozitívny test na HIV?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
09. Zistili Vám že máte infekčné ochorenie - AIDS, syphilis, borelioza, západonílska horúčka, brucelóza, tularemia, toxoplasmosa, Q horúčka, malária, Mäkký vred ? Ak áno aké..... Kedy .....	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
10. Bolo Vám zistené dedičné genetické ochorenie?*	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
11. Máte poruchy imunity?*	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
12. Máte nejaké metabolické ochorenie?*	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
13. Bol Vám vykonaný medicínsky zákrok alebo procedúra, pri ktorej ste dostali živé bunky zvieracieho pôvodu? Ak áno aký.....Kedy.....	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
14. Mali ste niekedy pohlavný styk s osobou, ktorá mala vykonaný medicínsky zákrok alebo procedúru, pri ktorej dostala živé bunky zvieracieho pôvodu? Ak áno kedy .....	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
15. Cestovali ste po roku 1977 do Kamerunu, Čadu, Konga, Nigérie, Nigeru, Gabunu, Stredoafrickej republiky?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

16. Absolvovali ste transfúziu krvi v hore uvedených krajinách? Ak áno kedy.....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
17. Boli ste liečená prípravkom vyrábaným z krvi v hore uvedených krajinách?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
18. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto sa narodil alebo žil v hore uvedených krajinách?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
19. Zdržiavali ste sa v rokoch 1980-1996 vo Veľkej Británii alebo Írsku?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
20. Boli ste za posledné 3 roky mimo Slovenskej republiky?*	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Ak áno kde .....	
21. Narodili ste sa alebo ste žili v oblasti výskytu malárie?*	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
22. Boli ste posledných 6 mesiacov v kontakte s osobou, ktorá mala v tom čase infekčnú žltáčku?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
23. Mali ste za posledných 6 mesiacov intímny styk s osobami, ktoré patria do rizikových skupín so zvýšenou infekciou (s hepatitídou C, hepatitídou B, HIV, ?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
24. Dostali ste niekedy transfúziu krvi alebo jej zložiek? Ak áno, kedy a kde.	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
25. Zdržiavali ste sa nepretržite dlhšie ako 6 mesiacov v oblasti v ktorej je zvýšený výskyt infekcií HBV,HCV,HIV, ( Afrike, subsaharskej oblasti, juhovýchodnej Ázii, Južnej Amerike, karibskej oblasti ) Ak áno v ktorej oblasti ..... Ako dlho.....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
26. Aplikovali ste si vnútrožilovo alebo vnútrošvalovo drogy alebo niečo iné, čo Vám nepredpísal lekár?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
27. Prekonali ste maláriu alebo inú tropickú chorobu? Ak áno, kedy a akú.	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
28. Boli ste za posledné tri mesiace očkovaná? Ak áno, proti akej chorobe.	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
29. Trpíte na nevysvetliteľné nadmerné nočné potenie?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
30. Máte modré až fialové škvrny na koži, pod kožou alebo slizniciach?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
31. Strácate v poslednom období prudko hmotnosť?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
32. Mali ste v poslednom období hnačku, kašeľ?*	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
33. Mali ste za posledné dva týždne teplotu nad 38°C?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
34. Našli ste si za posledný mesiac niekde na tele (krk, slabiny, pod pazuchami) hrčku?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
35. Mali ste za posledné 2 mesiace v ústach afty?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

**Má niekto v pokrvnom príbuzenstve Vášho dieťaťa (otec a súrodenci, Vaši súrodenci, starí rodičia a súrodenci) tieto ochorenia?**

36. Choroby krvi, hemofílie? Ak áno, aké a u koho?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
37. Chronické systémové autoimunitné ochorenie Ak áno, aké a u koho.....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
38. Zvýšený výskyt nádorových ochorení Ak áno, aké a u koho .....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
39. Imunodeficientné stavy Ak áno, aké a u koho.....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
40. Dedičné choroby krvi, metabolizmu a imunity Ak áno, aké a u koho.....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
41. Creutzfeldtova-Jacobova choroba Ak áno, u koho.....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
42. Talasémia, kosáčikovitá anémia Ak áno, aké ochorenie a u koho.....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

**V priebehu posledných 12 mesiacov:**

43. Úžívali ste okrem vitamínov nejaké lieky?*	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
44. Prekonali ste žltáčku, toxoplazmózu alebo rubeolu? Ak áno, kedy.....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
45. Boli ste vystavená zvýšenej rádiácii?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
45. Prišli ste do styku s ťažkými kovmi (ortuť, kadmium, chróm a olovo)?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
46. Podrobili ste sa chirurgickému zákroku? Ak áno, akému a kedy.	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
47. Boli ste na endoskopickom vyšetrení? Ak áno, kedy.	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

48. Dali ste sa tetovať?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
49. Dali ste si robiť piercing?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
50. Bola Vám vykonávaná akupunktúra?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
51. Poranili ste sa náhodne injekčnou ihlou?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
52. Prišli ste do kontaktu s cudzou krvou cez otvorenú ranu alebo sliznicu ?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
53. Boli ste liečená na pohlavne prenosné choroby?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
54. Ste, alebo boli ste závislá od alkoholu, liekov, drog ? Ak áno ako ste ich užívali .....	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
55. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto mal žltáčku?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
56. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto užíval vnútrožilovo alebo vnútro svalovo drogy alebo niečo iné, čo mu nepredpísal lekár?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
57. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto má AIDS alebo HIV pozitívne testy?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
58. Mali ste pohlavný styk s mužom, ktorý mal v priebehu posledných 5 rokov pohlavný styk s mužom?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
59. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto v priebehu posledných 5 rokov užíval injekcie s koagulačnými faktormi (na posilnenie zrážanlivosti krvi) ľudského pôvodu?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

***Týmto sa zaväzujem , že spoločnosti Blue Horizon International, a.s. bezodkladne oznámim , ak sa do 12 mesiacov po narodení dieťaťa u mňa alebo dieťaťa vyskytne infekčná choroba prenosná krvou .***

***Súhlasím s odberom kmeňových buniek z pupočníkovej krvi a tkaniva a s odberom krvi na nevyhnutné serologické vyšetrenia***

---

**Dátum**

---

**Podpis darcu**

## **Poučenie a informovaný súhlas alogénneho darcu tkanív a buniek**

Pupočníková krv je krv novorodenca, ktorá zostala po prerušení pupočníka v placentе a v cievach pupočnej šnúry. Pupočníková krv a tkanivo pupočníka je vhodným zdrojom rôznych kmeňových buniek.

Výskum kmeňových buniek je v súčasnosti jeden z najviac sledovaných a rozvíjajúcich sa oblastí biológie. Kmeňové bunky sa líšia od iných buniek svojimi charakteristickými vlastnosťami. Sú to bunky nešpecializované, schopné dlhodobej sebaobnovy. Ďalšou ich vlastnosťou je to, že za vhodných fyziologických alebo experimentálnych podmienok sú schopné sa diferencovať (zmeniť) na špecializované bunky s určitou funkciou napr. na bunky srdca, pečene, pankreasu, mozgu, svalov, kože, chrupavky.

Kmeňové bunky sa využívajú na liečbu závažných ochorení, ako sú leukémie, poruchy krvotvorby a metabolizmu, ochorenia pohybového aparátu, neurologické poruchy. Preto darovaním pupočníkovej krvi môžete pomôcť pacientom, ktorých nádejou na vyliečenie, prípadne zmiernenie ochorenia je práve liečba kmeňovými bunkami.

Aby ste mohli byť darcom pupočníkovej krvi a tkaniva pupočníka, je potrebné prísne posúdiť Váš zdravotný stav a rodinnú zdravotnú anamnézu, zhodnotiť Vami vyplnený medicínsky dotazník a vykonať vyšetrenia z Vašej krvi na najzávažnejšie krvou prenosné ochorenia. Uvedomte si, že bunky jedného človeka vnášame do druhého, preto je nesmierne dôležité, aby sme ochránili budúceho pacienta - príjemcu. Preto sú na výber darcov stanovené prísne medicínske a legislatívne kritériá.

Je dôležité, aby Vám bola počas tehotenstva poskytnutá riadna lekárska starostlivosť, aby ste mali bezproblémový priebeh tehotenstva a musíte absolvovať povinné vyšetrenia predpísané počas tehotenstva.

Pupočníková krv a tkanivo pupočníka nebudú odobraté, ak počas pôrodu nastane niektorá z týchto situácií: tehotenstvo kratšie ako 37 týždňov, teploty nad 38,8°C počas pôrodu, zákal plodovej vody, transfúzia krvi počas pôrodu, nadmerné krvácanie matky počas pôrodu, vývojová porucha plodu, pôrodná hmotnosť dieťaťa nižšia ako 3 500g, systémová infekcia počas pôrodu.

Odber pupočníkovej krvi a tkaniva pupočníka nie je bolestivý a je bezpečný pre Vás aj Vaše dieťa. Odber sa robí až po pôrode dieťaťa a po prestrihnutí pupočnej šnúry, keď je dieťa v starostlivosti lekára a ošetrojúceho personálu. Pupočníková krv sa odoberá zo žíl pupočnej šnúry pred porodením placenty. Samozrejme, Vaše zdravie a zdravie dieťaťa je prvoradé, preto pri výskyte akýchkoľvek komplikácií pôrodník nemusí odber pupočníkovej krvi a tkaniva pupočníka vykonať.

Odobratá pupočníková krv a tkanivo pupočníka sa spracováva v priestoroch laboratória Blue Horizon International a.s. Tu podľa množstva buniek zistíme, či darovaná pupočníková krv a tkanivo pupočníka je alebo nie je vhodné na liečebné účely. V prípade, že na liečebné účely nie sú vhodné, použijú sa za účelom využitia pri overovaní nových spracovateľských laboratórnych postupov s cieľom zlepšenia kvality zdravotnej starostlivosti. Po vyhodnotení výsledkov bude takáto pupočníková krv a tkanivo pupočníka zlikvidované podľa príslušných predpisov.

Svojim podpisom udeľujem súhlas na odber pupočníkovej krvi a tkaniva pupočníka v nemocnici (pečiatka nemocnice):

a zároveň poverujem toto zdravotnícke zariadenie, aby odobratú pupočníkovú krv a tkanivo pupočníka odovzdalo spoločnosti Blue Horizon International a.s., Grosslingová 17, Bratislava 811 09, prevádzka Duklianskych Hrdinov 34, 901 01 Malacky , ktorému pupočníkovú krv a tkanivo pupočníka bezplatne darujem. Pupočníková krv a tkanivo pupočníka budú použité na liečebné účely, v prípade nespĺňania kritérií na výskumné účely s cieľom zlepšiť zdravotnú starostlivosť.

Prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že som porozumela horeuvedenému textu, informácie mi boli poskytnuté zrozumiteľne, bez nátlaku a bolo mi umožnené klásť otázky, na ktoré som dostala uspokojivú odpoveď.

Ja, dolu podpísaná/podpísaný týmto vyhlasujem, že v zmysle zákona 122/2013 o ochrane osobných údajov **súhlasím** so spracovaním osobných údajov spoločnosťou BHI a.s, v rozsahu údajov uvedených v zdravotnej dokumentácii získanej pre účely darovania pupočníkovej krvi a pupočníkového tkaniva.

Tento súhlas platí počas celého priebehu úkonu ako aj počas následnej archivácie predložených, získaných dokumentov (vyšetrenie/konzultácia, príjem pacienta, operačný výkon, spracovanie, aplikácia, následné kontroly). Zároveň som si vedomá/vedomý, že spracované údaje budú archivované a likvidované v súlade s platnými predpismi Slovenskej republiky a s platnými predpismi Európskeho spoločenstva .

Vyhradzujem si možnosť zmeniť uvedený súhlas až do odberu biologického materiálu.

**DARCA**

Meno a priezvisko:

\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_


**LEKÁR**

Meno a priezvisko:

\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

 <p>Blue Horizon International, a.s. Grösslingová 17 811 09 Bratislava IdZZ: 51-46734021-A0001</p>	<p style="text-align: center;"><b>Formulár</b></p> <p style="text-align: center;">Dotazník a informovaný súhlas alogénneho darcu buniek a tkanív</p>	<p style="text-align: center;"><b>FO – 33</b> <b>Verzia-04</b></p> <p>Strana :            6 / 6</p>
--	--	---

## Informovaný súhlas na laboratórne vyšetrenia

Existuje skupina ochorení, ktoré sa nazývajú krvou prenosné ochorenia. Môžu byť prenášané z človeka na človeka pri nechránenom pohlavnom styku, kontaminovanými krvnými transfúziami, injekčnými striekačkami pri užívaní drog, náhodnom zranení ihlou alebo nakazená matka môže preniesť ochorenie na svoje ešte nenarodené dieťa.

Ľudia nakazený týmito vírusmi môžu byť ešte bez klinických príznakov ochorenia, najmä v prípade čerstvej infekcie, no už môžu infekciu prenášať ďalej.

Vzhľadom na významné zdravotné riziko spojené s hepatitídou B a C, HIV vírusom a syfilisom, Blue Horizon International, a.s. zabezpečí vyšetrenie Vašej krvi na antigény a protilátky týchto ochorení.

V prípade, ak výsledky vyšetrení preukážu akúkoľvek významnú anomáliu pre Vaše zdravie, naša spoločnosť Vás a Vášho ošetrojúceho lekára bude bezodkladne informovať.

Prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím s odberom a vyšetrením vzoriek krvi na krvou prenosné ochorenia, že som porozumela hore uvedenému textu, informácie mi boli poskytnuté zrozumiteľne, bez nátlaku a bolo mi umožnené klásť otázky, na ktoré som dostala uspokojivú odpoveď.

### DARCA

Meno a priezvisko:

\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_