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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení:** | | **Jméno:** | **Titul:** | | *ID:*  *(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 zdráv/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, žlučníkové 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 |
| ● | a**lergie**, 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 | 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
* 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 dárce

**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: |