

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecnicstwa w Kielcach		
Nr wersji: 01	SOP-ODS-PR-01	Strona zał. 1 z 2
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 01	Data: 15.05.2025 r.

ANKIETA STANU ZDROWIA POTENCJALNEGO DAWCY SZPIKU

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr Dawcy Szpiku

Informacja o chorobach zakaźnych dla potencjalnych dawców szpiku

W przypadku każdej choroby zakaźnej pomiędzy momentem zarażenia i chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie zarażenia drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie w żadnym wypadku nie wolno oddawać próbek krwi, ponieważ mogą być one źródłem choroby. Nie przystępuj więc do Rejestru Potencjalnych Dawców Szpiku jeżeli przez ryzykowne kontakty naraziłeś się na niebezpieczeństwo zarażenia którąkolwiek z niżej wymienionych chorób.

Dawcą szpiku **nie może** być osoba zakażona **kiłą, AIDS, żółtaczką zakaźną typu B lub C**. Jeżeli po przystąpieniu do Rejestru zostanie potwierdzona u Ciebie którakolwiek z wymienionych chorób, musisz niezwłocznie poinformować o tym Ośrodek Dawców Szpiku.

Ryzyko stwarzają:

1. Kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami albo z partnerem/partnerką, których znasz od niedawna.
2. Kontakty seksualne w celu zarobkowym.
3. Wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
4. Kontakty seksualne z osobami narażonymi na ryzyko zgodnie z punktami 1 – 3 albo z osobami, u których testy w kierunku AIDS, kiły lub żółtaczki zakaźnej B lub C wypadły dodatnio.
5. Kontakty seksualne z osobą, która z powodu swojej choroby przyjmowała koncentraty czynników krzepnięcia.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Twoją sferę prywatną. Jednak niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia poprzez krew/materiał przeszczepowy można dalej zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą dokładnie przemyślisz opisane tu sytuacje i skrupulatnie odpowiesz na postawione pytania. Twoje dane będą traktowane poufnie. Przy pozytywnych wynikach badań wskazujących na chorobę zakaźną: **kiłę, AIDS, żółtaczkę zakaźną typu B lub C** zostaniesz poinformowany/a przez lekarza.

Uprzejmie prosimy odpowiedzieć, zakreślając znakiem X właściwą odpowiedź

1	Waga: kg	Wzrost: cm		
2	Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani „Informację o chorobach zakaźnych dla potencjalnych dawców szpiku”?		TAK	NIE
3	Czy jest Pan/Pani obecnie zdrowy/a?		TAK	NIE
4	Czy Pan/Pani pali?		TAK	NIE
5	Czy regularnie Pan/Pani pije alkohol?		TAK	NIE
6	Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek uzależniony/a od (jeśli TAK, to proszę zaznaczyć znakiem X które z poniższych): ☐ papierosów / nikotyny, ☐ alkoholu, ☐ leków, ☐ innych środków (w tym narkotyków) Jeżeli TAK, to kiedy?			
7	Czy jest Pan / Pani krwiodawcą? Data ostatniej donacji:		TAK	NIE
8	Czy kiedykolwiek zdyskwalifikowano Pana / Panią od oddania krwi? (Podaj przyczynę)		TAK	NIE
9	Czy miał/a Pan/Pani gorączkę z niejasnej przyczyny?		TAK	NIE
10	Czy przyjmuje Pan/Pani JAKIEKOLWIEK leki na stałe (tabletki - w tym aspirynę, czopki, zastrzyki, leki wziewne)? Jeżeli TAK, to jakie i kiedy?		TAK	NIE
11	Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani:			
a)	operację, endoskopię, biopsję lub chirurgiczny zabieg stomatologiczny? Jeżeli TAK, to kiedy?		TAK	NIE
b)	przeszczepienie tkanki, jak więzadła stawowe, ścięgna, skóra, kości (również proszek kostny do celów dentystycznych)? Jeżeli TAK, to kiedy?.....		TAK	NIE
c)	przetoczenie krwi i jej składników bądź preparatów krwiopochodnych? Jeżeli tak, to kiedy i w jakim państwie ?		TAK	NIE
12	Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości? Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć znakiem X które z poniższych.		TAK	NIE
a)	☐ choroby układu krążenia (nadciśnienie lub obniżone ciśnienie tętnicze), ☐ zawał serca, ☐ duszność, ☐ choroby krwi, ☐ choroby naczyń krwionośnych (w tym zapalenie żył), ☐ dolegliwości ze strony serca (arytmia, kołatania), ☐ udar mózgu ☐ wada serca, ☐ zapalenie szpiku, ☐ zaburzenia krzepnięcia (w tym zakrzepy, zatory, nadmierne krwawienie, krwotoki). Jeżeli TAK, to kiedy?			
b)	☐ choroby skóry (w tym dermatozy, wypryski, zmiany ropne, atopowe zapalenie skóry, pokrzywki) ☐ łuszczyca, ☐ alergie skórne, ☐ wstrząs anafilaktyczny. Jeżeli TAK, to kiedy?			
c)	☐ choroby układu oddechowego (przewlekłe), ☐ astma, ☐ POChP, ☐ katar sienny, ☐ alergie wziewne. Jeżeli TAK, to kiedy?			

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecnicztwa w Kielcach		
Nr wersji: 01	SOP-ODS-PR-01	Strona zał. 2 z 2
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 01	Data: 15.05.2025 r.

ANKIETA STANU ZDROWIA POTENCJALNEGO DAWCY SZPIKU

d)	☐ choroby układu nerwowego (w tym drgawki, padaczka, omdlenia o nieznanej etiologii), ☐ uraz mózgu, ☐ krwawienie śródczaszkowe, ☐ choroby oczu (w tym jaskra, odklejanie siatkówki, przewlekłe zapalenie), ☐ urazy kręgosłupa, ☐ choroby krążków międzykręgowych kręgosłupa (w tym wypadanie lub przepukliny dysków), ☐ zaburzenia nerwowe lub psychiczne (w tym depresja, nerwica, choroba afektywna dwubiegunowa). Jeżeli TAK, to kiedy?
e)	☐ choroby nerek (w tym kamica nerkowa, zapalenia nerek, wady wrodzone nerek, wielotorbielowatość), ☐ cukrzyca, ☐ choroby układu pokarmowego (w tym przewlekłe zaburzenia, choroby dróg żółciowych, zapalenia jelit, celiakia), ☐ alergie pokarmowe, ☐ choroby wątroby (w tym marskość, stłuszczenie) ☐ zmiany nowotworowe, ☐ choroby układowe lub autoimmunologiczne (w tym sarkoidoza), ☐ choroby tarczycy, ☐ zaburzenia endokrynologiczne, ☐ endometrioza, ☐ gorączka reumatyczna Jeżeli TAK, to kiedy?
f)	☐ żółtaczką (w tym WZW B, WZW C, WZW A); ☐ HIV/AIDS; ☐ kiła; ☐ rzeżączka; ☐ toksoplazmoza; ☐ babeszjoza; ☐ leishmanioza ☐ mononukleozę zakaźną; ☐ boreliozę; ☐ brucelozę; ☐ gruźlicę; ☐ ospę wietrzną; ☐ półpasiec; ☐ cytomegalia; ☐ opryszczka wargowa; ☐ opryszczka narządów płciowych; ☐ chorobę Chagasa; ☐ zakażenie wirusem HTLV; ☐ gorączka Q; ☐ gorączka Zachodniego Nilu; ☐ gorączka krwotoczna (w tym Denga) ☐ tyfus; ☐ trąd ☐ malaria; ☐ inne choroby tropikalne Jeżeli TAK, to kiedy?

13	Czy w ciągu ostatniego półrocza przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Jeżeli TAK, to jakie i kiedy?	TAK	NIE
14	Czy miał/a Pan/Pani styczność z wirusowym zapaleniem wątroby przez kontakt z członkami rodziny lub w pracy?	TAK	NIE
15	Czy miał/a Pan/Pani kontakt z chorym zakażenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Jeśli TAK to kiedy?.....	TAK	NIE
16	Czy był/a Pan/Pani poddawany znieczuleniu? Jeśli TAK, to czy wystąpiły jakiegokolwiek powikłania lub nietypowe reakcje?.....	TAK	NIE
17	Czy w okresie od 1 stycznia 1980 r. do 31 grudnia 1996 r. przebywał/a Pan/Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii?	TAK	NIE
18	Czy w Pana/Pani rodzinie wystąpiły przypadki choroby Creutzfelda - Jakoba (CJD)?	TAK	NIE
19	Czy był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (rogówki lub innych tkanek)? Jeżeli Tak, to kiedy i jakich tkanek?	TAK	NIE
20	Czy przed 1990 r. otrzymywał/a Pan/Pani hormon wzrostu?	TAK	NIE
21	Czy przebywał/a Pan/Pani czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeśli TAK, to kiedy i jak długo?.....	TAK	NIE
22	Czy chorował/a Pan/Pani na jakąkolwiek chorobę przenoszoną drogą płciową?	TAK	NIE
23	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani poza granicami Polski? Jeśli TAK, to gdzie, kiedy i jak długo?.....	TAK	NIE
24	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?	TAK	NIE
25	Czy znane są Panu/Pani jakiegokolwiek inne powody mogące wykluczyć od oddania szpiku, które trzeba omówić z lekarzem? Proszę wymienić:	TAK	NIE

TYLKO DLA KOBIET

26	Czy jest Pani w ciąży? Ilość przebytych ciąż:	TAK	NIE
27	Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli TAK, to kiedy ostatnio? Jeżeli NIE, to podać powód	TAK	NIE
28	Czy w latach 1965 – 1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	TAK	NIE

Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy.

Data Podpis dawcy

Data Podpis osoby weryfikującej kwestionariusz:.....