

28-A KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY dla MATKI

DO UMOWY nrPL 18..... sporządzonej dnia

___ - ___ - ___ na usługę profilaktyczno-terapeutyczną polegającą na kwalifikacji

i preparatyce oraz przechowywaniu materiału biologicznego. KWESTIONARIUSZ DLA MATKI

wypełnia Matka wg swojej aktualnie najlepszej wiedzy (proszę zakreślić odpowiednią odpowiedź).

Imię i Nazwisko :

PESEL: -----

**BEZWZGLĘDNE PRZECIWWSKAZANIA POZYSKANIA KRWI PĘPOWINOWEJ, KRWI ŁOŻYSKOWEJ
I SZNURA PĘPOWINOWEGO**

PYTANIE	ODPOWIEDŹ	
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób – kiła	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - choroba Chagasa	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HIV (wirusa nabytego niedoboru odporności)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani WNV (wirusa Zachodniego Nilu) ?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HTLV (wirusa białaczki ludzkiej komórek T)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani przeciwciała anti-HIV?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek przyjmowała Pani dożylnie środki nieprzepisane przez lekarza?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy przechodziła Pani zakażenie wirusem Zika co najmniej 8 tygodni przed zapłodnieniem?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy ojciec dziecka chorował na zakażenie wirusem Zika 6 miesięcy przed zapłodnieniem?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy podczas ciąży miała Pani rozpoznane zakażenie wirusem Zika?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy w dowolnym momencie ciąży mieszkała Pani lub podróżowała do obszaru zagrożonego wirusem Zika?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy w dowolnym momencie ciąży miała Pani kontakt seksualny z mężczyzną, który w okresie 6 miesięcy przed ww kontaktem seksualnym miał stwierdzone zakażenie wirusem Zika lub mieszkał bądź podróżował do obszaru zagrożonego wirusem Zika?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy miała Pani stwierdzone zakażenie wirusem krymsko-kongijskiej gorączki krwotocznej (CCHF)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy 3 tygodnie przed zapłodnieniem lub podczas ciąży podróżowała Pani w rejony objęte występowaniem wirusa krymsko-kongijskiej gorączki krwotocznej i była Pani ugryziona przez kleszcza lub miała kontakt z mięsem, krwią, skórą zwierzęcą lub miała kontakt z osobą i jej płynami ustrojowymi, u której później stwierdzono zakażenie wirusem krymsko-kongijskiej gorączki krwotocznej?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy u Pani, u Ojca dziecka, rodzeństwa Dziecka bądź rodzeństwa Pani i Ojca dziecka występowała choroba Creutzfeldta - Jakoba?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek miała Pani przeprowadzone przeszczepienie narządu, tkanki lub komórek od dawcy allogenicznego /nie własne/?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

DODATKOWE BEZWZGLĘDNE PRZECIWWSKAZANIA DO POZYSKANIA SZNURA PĘPOWINOWEGO

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z chorym na HIV?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z chorym na AIDS?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z osobą przyjmującą dożylnie środki nieprzepisane przez lekarza?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z osobą utrzymującą kontakty seksualne podwyższonego ryzyka?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - choroba nowotworowa	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób – malaria	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób – gruźlica	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - żółtaczka typu B lub C	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy chorowała Pani lub ojciec dziecka kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - choroba genetyczna potwierdzona wynikami	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób – brucelozą	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób – leiszmanioza	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Czy kiedykolwiek wykryto u Pani przeciwciała anty-HCV	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HCV (wirusa zapalenia wątroby typu C)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani przeciwciała anty-HBc ?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani babeszjozę?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HBV (wirusa zapalenia wątroby typu B)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani antygen HBs (HBs Ag)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek była Pani leczona ludzkim hormonem wzrostu?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy u Pani lub Ojca dziecka lub w Waszej rodzinie /dziadkowie dziecka, rodzeństwo rodziców/ występowało stwardnienie rozsiane (SM)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek była Pani leczona insuliną pochodzenia zwierzęcego?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

WZGLĘDNE PRZECIWWSKAZANIA DO POZYSKANIA I WYKORZYSTANIA KRWI I SZNURA PĘPOWINOWEGO

* wymagane zaznaczenie	<u>SZNUR PĘPOWINOWY</u>		<u>KREW PĘPOWINOWA/ŁOŻYSKOWA</u>	
Zaznacz wynik ostatnich badań serologicznych w kierunku zakażenia pierwotniakiem Toxoplasma gondii (toksoplazmoza)	IgM ujemne <input type="checkbox"/>	IgG ujemne <input type="checkbox"/>	IgM ujemne <input type="checkbox"/>	IgG ujemne <input type="checkbox"/>
KOMUNIKATY: Brak p/wskazania	Brak p/wskazania			
	IgM ujemne <input type="checkbox"/>	IgG wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgM ujemne <input type="checkbox"/>	IgG wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>
KOMUNIKATY: Istnieje możliwość przechowywania sznura pępowiny/MSZ z wykorzystaniem wyłącznie dla Matki lub dziecka (ewentualnie rodzeństwa, dziadków), którzy posiadają wyniki potwierdzające przebyte wcześniej zakażenie Toxoplasma gondii. <input type="checkbox"/> Zapoznałam się z komunikatem*	Brak p/wskazania			
	IgM wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgG wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgM wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgG wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>
KOMUNIKATY: Brak możliwości pobrania sznura pępowinowego.	Istnieje możliwość pobrania i przechowywania krwi pępowinowej i łożyskowej. O możliwości wykorzystania jej do przeszczepienia decyzję podejmie lekarz z ośrodka transplantacyjnego. <input type="checkbox"/> Zapoznałam się*			
	IgM wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgG ujemne <input type="checkbox"/>	IgM wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgG ujemne <input type="checkbox"/>
KOMUNIKATY: Brak możliwości pobrania sznura pępowinowego.	Istnieje możliwość pobrania i przechowywania krwi pępowinowej i łożyskowej. O możliwości wykorzystania jej do przeszczepienia decyzję podejmie lekarz z ośrodka transplantacyjnego. <input type="checkbox"/> Zapoznałam się*			
	Nie wiem <input type="checkbox"/>		Nie wiem <input type="checkbox"/>	

<p>KOMUNIKAT:</p> <p>Jeżeli uzyskamy z krwi Matki w laboratorium PBKM: IgM [niereaktywne] oraz IgG [wątpliwe lub reaktywne] to istnieje możliwość przechowywania sznura pępowinowego/MSC z wykorzystaniem wyłącznie dla Matki lub dziecka (ewentualnie rodzeństwa, dziadków), którzy posiadają wyniki potwierdzające przebyte wcześniej zakażenie Toxoplasma gondii.</p> <p>Jeżeli uzyskamy z krwi Matki wynik w laboratorium: IgM [wątpliwe lub reaktywne] oraz IgG [wątpliwe, reaktywne lub niereaktywne] to nie będzie możliwości przechowywania fragmentów sznura pępowinowego. MSC (w/w materiał biologiczny zostanie zdyskwalifikowany)</p> <p><input type="checkbox"/> Zapoznałam się*</p>		<p>Dodatnie lub wątpliwe wyniki przeciwciał IgM mogą stanowić p/wskazanie do wykorzystania w przyszłości pozyskanej krwi pępowinowej/łożyskowej. Decyzję podejmuje zawsze lekarz z ośrodka transplantacyjnego.</p> <p><input type="checkbox"/> Zapoznałam się*</p>			
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani przeciwciała anty-CMV ?		TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>	
Zaznacz wyniki ostatnich badań p/ciał.		<u>SZNUR PĘPOWINOWY</u>		<u>KREW PĘPOWINOWA/ŁOŻYSKOWA</u>	
		IgM ujemne <input type="checkbox"/>	IgG ujemne <input type="checkbox"/>	IgM ujemne <input type="checkbox"/>	IgG ujemne <input type="checkbox"/>
KOMUNIKATY: Brak p/wskazania		Brak p/wskazania			
		IgM ujemne <input type="checkbox"/>	IgG wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgM ujemne <input type="checkbox"/>	IgG wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>
KOMUNIKATY: W czasie wytwarzania produktu leczniczego z komórek sznura pępowinowego, zostaną wykonane dodatkowe badania w kierunku obecności DNA wirusa. Dodatni wynik tego badania będzie skutkował możliwością wykorzystania sznura pępowinowego/MSC wyłącznie przez Matkę lub dziecko (ewentualnie rodzeństwo, dziadków), którzy posiadać będą wyniki potwierdzające przebyte wcześniej zakażenie wirusem cytomegalii. Ujemny wynik badania na obecność DNA nie jest obarczony ograniczeniami wykorzystania.		Brak p/wskazania			
<input type="checkbox"/> Zapoznałam się*					
		IgM wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgG wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgM wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgG wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>
KOMUNIKATY: W czasie wytwarzania produktu leczniczego komórek sznura pępowinowego, zostaną wykonane dodatkowe badania w kierunku obecności DNA wirusa. Dodatni wynik tego badania będzie skutkował możliwością wykorzystania sznura pępowinowego/MSC wyłącznie przez Matkę lub dziecko (ewentualnie rodzeństwo, dziadków), którzy posiadać będą wyniki potwierdzające przebyte wcześniej zakażenie wirusem cytomegalii. Ujemny wynik badania na obecność DNA nie jest obarczony ograniczeniami wykorzystania.		Brak p/wskazania			
<input type="checkbox"/> Zapoznałam się*					
		IgM wątpliwe lub dodatni <input type="checkbox"/>	IgG ujemne <input type="checkbox"/>	IgM wątpliwe lub dodatnie <input type="checkbox"/>	IgG ujemne <input type="checkbox"/>
KOMUNIKATY: W czasie wytwarzania produktu leczniczego komórek sznura pępowinowego, zostaną wykonane dodatkowe badania w kierunku obecności DNA wirusa. Dodatni wynik tego badania będzie skutkował możliwością wykorzystania sznura pępowinowego/MSC wyłącznie przez Matkę lub dziecko (ewentualnie rodzeństwo, dziadków), którzy posiadać będą wyniki potwierdzające przebyte wcześniej zakażenie wirusem cytomegalii. Ujemny wynik badania na obecność DNA nie jest obarczony ograniczeniami wykorzystania.		Brak p/wskazania			
<input type="checkbox"/> Zapoznałam się*					
		Nie wiem <input type="checkbox"/>		Nie wiem <input type="checkbox"/>	
KOMUNIKATY: Jeżeli uzyskamy z krwi Matki w laboratorium PBKM: IgM [reaktywny/wątpliwy] oraz/lub IgG [reaktywny/wątpliwy] to w czasie wytwarzania produktu leczniczego z komórkami ze sznura, zostaną wykonane dodatkowe badania w kierunku obecności DNA wirusa. Dodatni		Jakikolwiek wynik poziomu p/ciał przeciwko cytomegalii nie jest p/wskazaniem do pobrania krwi pępowinowej/łożyskowej.			

wynik tego badania będzie skutkował możliwością wykorzystania sznura pępowinowego/MSC wyłącznie przez Matkę lub dziecko (ewentualnie rodzeństwo, dziadków), którzy posiadać będą wyniki potwierdzające przebyte wcześniej zakażenie wirusem cytomegalii. Ujemny wynik badania na obecność DNA CMV nie jest obarczony ograniczeniami wykorzystania.			
<input type="checkbox"/> Zapoznałam się*			
Czy było poronienie ?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
Jeżeli odpowiedział TAK, to uzupełnij poniżej odpowiedzi:			
1. Czy przyczyną poronienia/poronień była potwierdzona badaniami wada genetyczna płodu?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	SZNUR PĘPOWINOWY	KREW PĘPOWINOWA/ŁOŻYSKOWA	
KOMUNIKAT: Udzielona odpowiedź TAK wskazuje na brak możliwości pobrania sznura pępowinowego.			
2. Czy przyczyną poronienia/poronień był uraz, wypadek lub inny udowodniony czynnik zewnętrzny?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
KOMUNIKAT: Nie ma wpływu na pobranie			
3. Czy przyczyna poronienia/poronień pozostaje nieznaną?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
KOMUNIKAT: Nieznana przyczyna poronienia lub więcej niż jedno poronienie może być przeciwwskazaniem w obecnym stanie wiedzy medycznej do wykorzystania sznura pępowinowego do wytworzenia produktu leczniczego. Przed wytworzeniem produktu może być wymagane wykonanie dodatkowych badań genetycznych, w celu wyeliminowania możliwości przeniesienia wady genetycznej na pacjenta. Może się to wiązać z długim oczekiwaniem na produkt leczniczy.		Nie ma wpływu na pobranie	
* <input type="checkbox"/> Zapoznałam się i akceptuję		<input type="checkbox"/> Rezygnuję z pobrania sznura pępowinowego	
Czy aktualnie przyjmuje Pani jakiegokolwiek leki przepisane przez lekarza w sposób przewlekły?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Jakie?...
W przypadku leków szkodliwych dla komórek, Rodzice zostaną poinformowani o możliwości ich niekorzystnego wpływu i zostaną poproszeni o podjęcie decyzji co do bankowania.			
Czy aktualnie przyjmuje Pani leki przeciwko zakażeniu (antybiotyki lub inne)?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Jakie?...
W przypadku leków szkodliwych dla komórek, Rodzice zostaną poinformowani o możliwości ich niekorzystnego wpływu i zostaną poproszeni o podjęcie decyzji co do bankowania.			
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przeszła Pani inny zabieg powodujący kontakt z krwią? (np. depilację kosmetyczną)	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego.			
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doszło u Pani do przypadkowego ułucia?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z osobą otrzymującą przetoczenia krwi, jej składników lub immunoglobulin?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Pani tatuaż?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego.			
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Pani przekłucie uszu lub innych części ciała?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Pani usunięcie zęba? (lub inny zabieg stomatologiczny powodujący kontakt z krwią)?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Pani przetoczenia krwi, jej składników lub immunoglobulin?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy i jakie?...
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego . W przypadku przetoczenia immunoglobulin istnieje ryzyko uzyskania wyników fałszywie reaktywnych z krwi matki, co może wiązać się z dyskwalifikacją części materiału biologicznego.			
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Pani zabieg endoskopowy (np. bronchoskopię, gastrokopię, rektoskopię)?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Pani akupunkturę?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Pani zabieg chirurgiczny (nawet bez znieczulenia ogólnego)?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przeszła Pani dłuższy niż 72 godziny pobyt w zamkniętym zakładzie karnym?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z osobą chorującą na hemofilię lub przyjmującą ośczerwone czynniki krzepnięcia?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z osobą chorującą na żółtaczkę?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy podczas ostatnich trzech lat wyjeżdżała Pani poza granice Polski do kraju objętego obowiązkiem lub zaleceniem dodatkowego szczepienia?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy i dokąd?...
Osoby wracające z obszarów objętych dodatkowymi szczepieniami mogą zostać poproszone o przedstawienie listy przebytych szczepień. W zależności od rodzaju szczepienia mogą zaistnieć przeciwskazania do wytworzenia produktu leczniczego z komórek sznura pępowinowego.			
Czy kiedykolwiek miała Pani kontakt seksualny z osobą urodzoną lub mieszkającą w Afryce?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - opryszczka wargowa	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób: choroba neurologiczna aktywna, przewlekła lub nawracająca.	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy i jaką?....
W zależności od rodzaju choroby może być ona p/wskazaniem do pobrania sznura pępowinowego lub pozyskania krwi pępowinowej/łożyskowej. Zostaną Państwo poinformowani przez Dział Obsługi Klienta o możliwości pozyskania materiału biologicznego.			
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HAV (wirusa zapalenia wątroby typu A)?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani chorobę pasożytniczą (jaką?)	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy i jaką?....
W zależności od rodzaju pasożyta choroba może być p/wskazaniem do pobrania sznura pępowinowego. Zostaną Państwo poinformowani przez Dział Obsługi Klienta o możliwości pozyskania materiału biologicznego.			
Czy kiedykolwiek była Pani zaszczepiona przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani przeprowadzaną immunizację bierną (czy podawano Pani surowice odpornościowe)?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
W przypadku przeprowadzenia immunizacji biernej istnieje ryzyko uzyskania wyników fałszywie reaktywnych z krwi matki, co może wiązać się z dyskwalifikacją części materiału biologicznego.			
Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani przeprowadzaną immunizację czynną (czy otrzymała Pani jakieś szczepionki)?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Jakie?....

W zależności od rodzaju szczepienia mogą zaistnieć przeciwwskazania do pobrania sznura pępowinowego. W razie takich przeciwwskazań zostaną Państwo poinformowani przez Dział Obsługi Klienta o możliwości pozyskania materiału biologicznego.			
Czy przed 1980 rokiem była Pani zaszczepiona przeciwko ospie prawdziwej?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE WIEM <input type="checkbox"/>
SZNUR PĘPOWINOWY		KREW PĘPOWINOWA/ŁOŻYSKOWA	
KOMUNIKAT: Jest możliwość pobrania sznura pępowiny, ale wytworzenie produktu leczniczego i jego wykorzystanie jest możliwe jedynie dla osoby, która również została zaszczepiona przeciwko ospie prawdziwej. * <input type="checkbox"/> Zapoznałam się i akceptuję <input type="checkbox"/> Rezygnuję z pobrania sznura pępowinowego		Istnieje możliwość pobrania i przechowywania krwi pępowinowej i łożyskowej. O możliwości wykorzystania jej do przeszczepienia decyzję podejmie lekarz z ośrodka transplantacyjnego. * <input type="checkbox"/> Zapoznałam się	
Czy kiedykolwiek przyjmowała Pani osoczowe czynniki krzepnięcia?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego			
Czy kiedykolwiek została Pani zdyskwalifikowana jako dawca krwi?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?..... Z jakiego powodu?
Niektóre przyczyny dyskwalifikacji mogą stanowić p/wskazanie do pozyskania materiału biologicznego.			
Czy miała Pani kontakt ze zwierzęciem podejrzanym o zakażenie wścieklizną?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Kiedy?....
Ryzyko narażenia matki na zakażenie wścieklizną może wpłynąć na dyskwalifikację materiału biologicznego pobranego od dziecka.			
Czy u Pani rodzeństwa, bądź rodzeństwa Ojca dziecka występowały poronienia wewnątrzmaciczne?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	
SZNUR PĘPOWINOWY		KREW PĘPOWINOWA/ŁOŻYSKOWA	
W przypadku odpowiedzi TAK:			
Przed wytworzeniem produktu leczniczego z komórek sznura pępowinowego może być wymagane wykonanie dodatkowych badań genetycznych , w celu wyeliminowania możliwości przeniesienia wady genetycznej na pacjenta. Może się to wiązać z długim oczekiwaniem na produkt leczniczy. * <input type="checkbox"/> Zapoznałam się i akceptuję <input type="checkbox"/> Rezygnuję z pobrania sznura pępowinowego		KOMUNIKAT NIEWYMAGANY	
Czy u Pani rodzeństwa, bądź rodzeństwa Ojca dziecka występowały choroby genetyczne?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Jakie?....
Przed wytworzeniem produktu leczniczego z komórek sznura pępowinowego może być wymagane wykonanie dodatkowych badań genetycznych , w celu wyeliminowania możliwości przeniesienia wady genetycznej na pacjenta. Może się to wiązać z długim oczekiwaniem na produkt leczniczy. * <input type="checkbox"/> Zapoznałam się i akceptuję <input type="checkbox"/> Rezygnuję z pobrania sznura pępowinowego		KOMUNIKAT NIEWYMAGANY	
Czy u Pani rodzeństwa, bądź rodzeństwa Ojca dziecka występowały wczesne zgony w dzieciństwie z powodu chorób genetycznych, metabolicznych, mitochondrialnych, wrodzonych?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Jakich?....
Przed wytworzeniem produktu leczniczego z komórek sznura pępowinowego może być wymagane wykonanie dodatkowych badań genetycznych , w celu wyeliminowania możliwości przeniesienia wady genetycznej na pacjenta. Może się to wiązać z długim oczekiwaniem na produkt leczniczy. * <input type="checkbox"/> Zapoznałam się i akceptuję <input type="checkbox"/> Rezygnuję z pobrania sznura pępowinowego		KOMUNIKAT NIEWYMAGANY	

Czy u Pani rodzeństwa, bądź rodzeństwa Ojca dziecka występowały martwe urodzenia?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
<p>Przed wytworzeniem produktu leczniczego z komórek sznura pępowinowego może być wymagane wykonanie dodatkowych badań genetycznych, w celu wyeliminowania możliwości przeniesienia wady genetycznej na pacjenta. Może się to wiązać z długim oczekiwaniem na produkt leczniczy.</p> <p>*</p> <p><input type="checkbox"/> Zapoznałam się i akceptuję</p> <p><input type="checkbox"/> Rezygnuję z pobrania sznura pępowinowego</p>	KOMUNIKAT NIEWYMAGANY	
Czy w trakcie obecnie trwającej ciąży stwierdzono odchylenia w badaniach prenatalnych (USG, PAPP-A, NIPT), które zostały potwierdzone inwazyjnym badaniem prenatalnym (np. amniopunkcją, badaniem trofoblastu?)	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
<u>SZNUR PĘPOWINOWY</u>	<u>KREW PĘPOWINOWA/ŁOŻYSKOWA</u>	
<p>Stwierdzenie nieprawidłowości w badaniu prenatalnym inwazyjnym nie oznacza pewności wystąpienia wady genetycznej po porodzie. Jednak potwierdzenie wady genetycznej po porodzie będzie przeciwwskazaniem bezwzględnym dla wykorzystania sznura pępowinowego w leczeniu.</p> <p>*</p> <p><input type="checkbox"/> Zapoznałam się i akceptuję</p> <p><input type="checkbox"/> Rezygnuję z pobrania sznura pępowinowego</p>	Istnieje możliwość pozyskania krwi pępowinowej/łożyskowej, ale przed jej wykorzystaniem może być wymagane wykonanie badań genetycznych u dziecka/dawcy krwi. O możliwości wykorzystania jej do przeszczepienia decyzję podejmie lekarz z ośrodka transplantacyjnego.	

WZGLĘDNE PRZECIWWSKAZANIA DO POZYSKANIA KRWI PĘPOWINOWEJ/ŁOŻYSKOWEJ

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z chorym na HIV?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z chorym na AIDS?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z osobą przyjmującą dożylnie środki nieprzepisane przez lekarza?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani seksualny kontakt z osobą utrzymującą kontakty seksualne podwyższonego ryzyka?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - choroba nowotworowa	TAK <input type="checkbox"/> Jaka?..... kiedy?.....	NIE <input type="checkbox"/>
Większość nowotworów stanowi czynnik dyskwalifikujący kandydata na dawcę krwi. W razie p/wskazania zostaną Państwo poinformowani przez Dział Obsługi Klienta o braku możliwości pozyskania krwi.		
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - malaria	TAK <input type="checkbox"/> Jaki typ? Kiedy?.....	NIE <input type="checkbox"/>
W razie p/wskazania zostaną Państwo poinformowani przez Dział Obsługi Klienta o braku możliwości pozyskania krwi.		
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - gruźlica	TAK <input type="checkbox"/> Kiedy?	NIE <input type="checkbox"/>
W razie p/wskazania zostaną Państwo poinformowani przez Dział Obsługi Klienta o braku możliwości pozyskania krwi.		

Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - żółtaczkę typu B lub C	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy chorowała Pani lub ojciec dziecka kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - choroba genetyczna potwierdzona wynikami	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Istnieje możliwość pozyskania krwi pępowinowej/łożyskowej, ale przed jej wykorzystaniem może być wymagane wykonanie badań genetycznych u dziecka/dawcy krwi. O możliwości wykorzystania jej do przeszczepienia decyzję podejmie lekarz z ośrodka transplantacyjnego.		
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - brucelozę	TAK <input type="checkbox"/> Kiedy?.....	NIE <input type="checkbox"/>
Istnieje możliwość pozyskania krwi pępowinowej/łożyskowej, ale przed jej wykorzystaniem może być wymagane wykonanie badań u dziecka/dawcy krwi/ w kierunku brucelozy, celem podjęcia decyzji przez lekarza z ośrodka transplantacyjnego.		
Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób - leiszmaniozę	TAK <input type="checkbox"/> Kiedy?.....	NIE <input type="checkbox"/>
Istnieje możliwość pozyskania krwi pępowinowej/łożyskowej, ale przed jej wykorzystaniem może być wymagane wykonanie badań u dziecka/dawcy krwi/ w kierunku brucelozy, celem podjęcia decyzji przez lekarza z ośrodka transplantacyjnego.		
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani przeciwciała anty-HCV	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HCV (wirusa zapalenia wątroby typu C)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani przeciwciała anty-HBc?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani babeszjozę?	TAK <input type="checkbox"/> Kiedy?.....	NIE <input type="checkbox"/>
Istnieje możliwość pozyskania krwi pępowinowej/łożyskowej, ale przed jej wykorzystaniem może być wymagane wykonanie badań u dziecka/dawcy krwi/ w kierunku babeszjozy, celem podjęcia decyzji przez lekarza z ośrodka transplantacyjnego.		
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HBV (wirusa zapalenia wątroby typu B)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy kiedykolwiek wykryto u Pani antygen HBs (HBs Ag)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy kiedykolwiek była Pani leczona ludzkim hormonem wzrostu?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		
Czy u Pani lub Ojca dziecka lub w Waszej rodzinie /dziadkowie dziecka, rodzeństwo rodziców/ występowało stwardnienie rozsiane (SM)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Istnieje możliwość pobrania i przechowywania krwi pępowinowej i łożyskowej. O możliwości wykorzystania jej do przeszczepienia decyzję podejmie lekarz z ośrodka transplantacyjnego.		
Czy kiedykolwiek była Pani leczona insuliną pochodzenia zwierzęcego?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyniki badań z krwi matki wykonane w naszym laboratorium pozwolą określić możliwość bankowania materiału biologicznego		