

Stvrzuji, že jsem nezamlčel/a žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl/a, jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamlčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce přípravku, je zákonem postižitelné). Seznámil/a jsem se s „Poučením dárce krevtovorných buněk a lymfocytů“ a jeho obsahu rozumím.

Prohlašuji, že jsem porozuměl/a poskytnutým informacím, měl/a jsem možnost klást otázky a dostalo se mně uspokojivých odpovědí.

Byl/a jsem poučen/a:

- o průběhu odběru a rizicích s ním spojených, a s odběrem souhlasím,
- o tom, že mám právo klást otázky týkající se odběru, a potvrzuji, že na své otázky jsem dostal/a uspokojivou odpověď,
- že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován/a.

Souhlasím:

- s vyšetřením mé krve všemi potřebnými testy, včetně testu na AIDS,
- mé osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu budou evidovány při dodržování povinné mlčenlivosti dle platného zákona a při dodržování zásad lékařského tajemství budou využívány v rámci výuky studentů lékařství a lékařů.

Beru na vědomí, že není vhodné, abych se v den odběru aktivně účastnil/a silničního provozu.

Datum Podpis dárce

Identifikaci dárce dle dokladu totožnosti provedl/a:

Datum Podpis zdravotní sestry

Předodběrové vyšetření ze dne:

nalepit štítek

jméno a příjmení rodné číslo KS (AB0, Rh)

Odběr vzorku - čas: sestra: měřil:

Hb	g/l	Htk	Ery	10 ¹² /l	Leu	10 ⁹ /l	Trombo	10 ⁹ /l
Moč		FW*	TK		P		TT*	

Schopen - Neschopen				Podpis lékaře			
Typ odběru:		PBPC alo	DLI alo				
Poznámky							

Průběh odběru:

č. odběru:

Aferéza:

kód výroby:

..... /
předběžný konečný

přístroj začátek trvání min

objem zpracované krve ml odběr. rychlost ml/min

počet cyklů odebraný objem ml

antikoagulans ml poměr (krev/antikoagulans)

náhradní roztok

separační set.....

Kontrola po odběru: TK: mmHg P: /min TT: °C

Komplikace/léčba:

Podpis lékaře podpis odběrové sestry:

Výsledky vyšetření:

HBcAb	HBsAg	HIV1/2 Ag+Ab	HCV Ag+Ab	syfilis Ab
-------	-------	--------------	-----------	------------

DOTAZNÍK PRO DÁRCE KRVETVORNÝCH BUNĚK, LYMFOCYTŮ A MONONUKLEÁRNÍCH BUNĚK

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje a otázky.

Správnou odpověď zakroužkujte!

Před vyplněním dotazníku se laskavě seznamte s textem „**Poučení dárce krvetvorných buněk a lymfocytů**“.

1. Seznámil/a jste se s poučením o rizikovém chování z hlediska darování krve, tkání a buněk a rozumíte mu?	ano ne
2. Patříte do některé skupiny s rizikovým chováním? (Viz „Poučení dárce krvetvorných buněk a lymfocytů“)	ano ne

SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV

3. Cítíte se zdrav/a?	ano ne
4. Užíváte pravidelně léky (uveďte všechny, včetně např. acylpyrinu, hormonální antikoncepce)? Jaké:	ano ne
5. Užil/a jste v posledních 4 týdnech nějaké jiné léky (pravidelně užívané léky již neuvádějte)? Jaké:	ano ne
6. Léčíte se nebo jste sledován/a pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)?	ano ne
7. Potíte se v noci v nadměrné míře, pozorujete zvýšené teploty, zduřelé uzliny?	ano ne
8. Hubnete v poslední době bez zjevné příčiny?	ano ne
9. Prodělal/a jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjmové onemocnění apod.)?	ano ne
10. Podstoupil/a jste v posledních 7 dnech trhání zubů nebo malý chirurgický výkon?	ano ne
11. Měl/a jste v posledních 4 týdnech přisáté klíště?	ano ne

ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU v uplynulých 6 měsících

12. Prodělal/a jste operace, ošetření v nemocnici, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření, poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poraněním nebo sliznicí), transplantace? Jaké: Kdy:	ano ne
13. Dostal/a jste transfuzi krve?	ano ne
14. Bylo Vám provedeno tetování, akupunktura, propíchování uší, piercing?	ano ne
15. Byl/a jste očkovan/a? Proti čemu, kdy:	ano ne
16. Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém prostředí)? V jakém (infekce, záření, chemická rizika atd.):	ano ne
17. Byl/a jste léčen/a pro pohlavní chorobu?	ano ne
18. Pobýval/a jste v nápravném zařízení, vězení?	ano ne
19. Byl/a jste v úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným s infekční žloutenkou, AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo nitrožilním uživatelem drog? Jakým:	ano ne
20. Pobýval/a jste v zahraničí (i krátkodobě, turistický pobyt)? Kde:	ano ne
21. Pro ženy: Byla jste v posledním roce nebo jste těhotná?	ano ne

ODBĚRY KRVE V MINULOSTI

22. Darujete krvetvorné buňky nebo lymfocyty poprvé?	ano ne
23. Chodíte darovat krev nebo krevní složky? Pokud ano, i do jiného zdravotnického zařízení?	ano ne
24. Měl/a jste po minulém odběru krve nebo krevní složky zdravotní komplikaci (např. mdloby, kolaps, větší modřinu)?	ano ne
25. Byl/a jste někdy odmítnut/a jako dárce-dárkyně krve? Důvod:	ano ne

PRODĚLANÉ CHOROBY – ANAMNÉZA (od narození do dnešního dne)

26. Infekční žloutenka, HIV infekce (AIDS), infekce virem HTLV I/II, pohlavní nemoc (syfilis, kapavka), tuberkulóza, jiné přenosné nemoci – inf. mononukleóza, klíšťová encefalitida, brucelóza, tularemie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, malárie, babesióza, leishmaniáza (kala-azar), Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus aj.	ano ne
27. Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak	ano ne
28. Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytemie, thalasemie aj.)	ano ne
29. Nemoci zažívacího traktu (vředová choroba, záněty slinivky, střeva aj.)	ano ne
30. Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza aj.)	ano ne
31. Nemoci ledvin (záněty, kameny, kolika aj.)	ano ne
32. Nemoci dýchacích orgánů (astma, rozedma plic, chronický zánět průdušek aj.)	ano ne
33. Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis aj.)	ano ne
34. Nádorové onemocnění	ano ne
35. Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, epilepsie, roztroušená skleróza, deprese, psychóza aj.)	ano ne
36. Operace a všechny větší úrazy; transplantace; transfuze krve (zvláště transfuze ve Velké Británii) Jaké, kdy:	ano ne
37. Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka nebo ušní bubínek?	ano ne
38. Alergie, poruchy imunity, kožní onemocnění / jaké?	ano ne
39. Vyskytla se ve vaší rodině geneticky podmíněná onemocnění?	ano ne
40. Bylo u vás nebo v rodině zjištěno onemocnění Creutzfeldt-Jakobovou chorobou nebo její variantou vCJD?	ano ne
41. Užíval/a jste někdy následující léky: isotretinoin (např. Accutane), etretinát (např. Tegison), acitretin (např. Neotigason), finasterid (např. Proscar, Propecia), dutasterid (např. Avodart) aj.?	ano ne
42. Byl/a jste někdy léčen/a růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy?	ano ne
43. Byl/a jste někdy léčen/a pro alkoholismus nebo lékovou závislost?	ano ne
44. Užíval/a jste někdy drogy (zejména injekční aplikace), příp. injekční léky nepředepsané lékařem (anabolika, steroidy apod.)?	ano ne
45. Narodil/a jste se nebo žil/a jste v zahraničí? Kde:	ano ne
46. Pobýval/a jste v období 1980–1996 celkem déle než 6 měsíců ve Velké Británii nebo Francii?	ano ne
47. Máte zaměstnání nebo koníčka se zvýšenou tělesnou zátěží nebo nároky na pozornost (řidič, z povolání, pilot, práce ve výškách, horolezectví, potápění)?	ano ne