



KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

ANKIETA DAWCY SZPIKU / KOMÓREK PNIA UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO

Imię i nazwisko:*

Data urodzenia:

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

 Miejsce ur:

Adres:*

ulica	dom	nr	mięjscowość
kod pocztowy	gmina		województwo

Tel.:* Tel. kom.:* E-mail:*

Gr. krwi:

PESEL:

Dodatkowy adres
kontaktowy:*
(rodzina, przyjaciele)

ulica	dom	nr	mięjscowość
kod pocztowy	województwo		Teł.

Potwierdzam gotowość ochotniczego dawstwa szpiku / komórek krwi.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na ochotnicze dawstwo płytek krwi.

TAK

NIE

Zostałam(em) poinformowana(y), że wstępne zakwalifikowanie wiąże się pobraniem ok.14 ml krwi celem wytypowania specyficzności HLA metodą serologiczną lub genetyczną, na co wyrażam zgodę. Wyrażam zgodę na pobranie krwi z następową izolacją kwasu nukleinowego, co jest podstawą typowania HLA. Rozumiem, że pobrany materiał biologiczny, zawiera materiał genetyczny (DNA, RNA). Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie innych badań genetycznych spoza specyficzności układu HLA, które mają lub mogą mieć znaczenie dla najlepszego z możliwych doboru z biorcą przeszczepu. Zebrane dane stanowią podstawę doboru biocy przeszczepu do odpowiedniego dawcy, wykorzystywane są również w układzie anonimowym do zbiorczych podsumowań i badań naukowych służących postępowi w transplantologii. Na to wyrażam zgodę.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na przechowywanie i wykorzystanie pozostałości pobranego materiału oraz wyników typowania antygenów zgodności tkankowej do prac badawczo-wdrożeniowych i naukowych. Wyniki tych badań mogą być użyte do opracowania optymalnych zasad dobierania dawców szpiku.

TAK

NIE

Data

Podpis

* Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany danych osobowych i teleadresowych, zawiadomić o tej zmianie DCTK z KBDSz we Wrocławiu, tel. 71 7911999, e-mail: bank@dctk.wroc.pl



KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

Informacja o chorobach zakaźnych dla potencjalnych dawców szpiku / komórek pnia układu krwiotwórczego:

O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi/ materiału przeszczepowego

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażony/a kiłą, AIDS, żółtaczką zakaźną B lub C. Jeżeli test wypadnie dodatnio, nie będziesz mógł zostać zakwalifikowany jako dawca szpiku. Dzięki temu niebezpieczeństwo, że choroba zostanie przeniesiona w wyniku przeszczepu jest niewielkie. Jednak przy każdej infekcji pomiędzy momentem zarażenia i chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie go drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie w żadnym wypadku nie wolno oddawać krwi/materiału przeszczepowego, ponieważ może być źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne. **Nie oddawaj więc krwi/ materiału przeszczepowego, jeżeli przez ryzykowne kontakty naraziłeś się na niebezpieczeństwo.**

Ryzyko stwarzają:

1. kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami albo z partnerem/partnerką, których znasz od niedawna.
2. kontakty seksualne między mężczyznami.
3. kontakty seksualne w celu zarobkowym.
4. wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
5. kontakty seksualne z osobami narażonymi na ryzyko zgodnie z punktami 1 – 4 albo z osobami, u których testy w kierunku AIDS, kiły lub żółtaczki zakaźnej B lub C wypadły dodatnio.
6. 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 infekcję), zostaniesz o tym poinformowany/a przez lekarza. **Dziękujemy za współpracę.**

ANKIETA DAWCY SZPIKU / KOMÓREK PNIA UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO

	Tak	Nie
1. a) Czy przeczytał/a Pan/Pani i zrozumiał/a Pan/Pani znajdującą się powyżej „Informację o chorobach zakaźnych dla potencjalnych dawców szpiku/ komórek pnia układu krwiotwórczego”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz informacja)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
2. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, w którym roku ostatnio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani leki (tabletki, zastrzyki, czopki)? Jeśli tak to jakie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zażywane były leki przeciw: przeciw przerostowi prostaty np. Proscar®, trądzikowi, np. Roaccutan®, łysieniu, np. Propecia® . Jeżeli tak to jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany danych osobowych i teleadresowych, zawiadomić o tej zmianie DCTK z KBDSz we Wrocławiu, tel. 71 7911999, e-mail: bank@dctk.wroc.pl



KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

- b) czy w ciągu ostatnich 3 tygodni przyjmował/a Pan/Pani piroxicam (Felden), aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna?
- c) czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki domięśniowo lub dożylnie nie przepisane przez lekarza?
7. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczypania?
- Jeśli tak jakie?.....Kiedy.....
8. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała, b) nieuzasadnioną gorączkę, c) powiększenie węzłów chłonnych?
9. Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jedno z niżej wymienionych schorzeń ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości?
- a) choroby układu krążenia (nadciśnienie), dolegliwości ze strony serca, zawał serca, duszność, udar mózgu
Jeśli tak kiedy?.....
- b) choroby skóry, wypryski /wysypka, uczulenie, katar sienny, astma
Jeśli tak, kiedy?.....
- c) cukrzyca, choroby krwi, przedłużone krwawienia, choroby naczyń krwionośnych, choroby nerek, choroby nerwowe, padaczka, nowotwór, gruźlica, mononukleozę zakaźną, toksoplazmoza, choroby tarczycy. Jeśli tak, kiedy?.....
10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny, wypadek, szczie chirurgiczne? Jeśli tak, kiedy?.....
11. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję krwi?
- Jeśli tak, kiedy, ile razy i jakie
12. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek)?
- Jeśli tak, to kiedy i jakich?
13. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani hormon wzrostu?
14. Czy ktokolwiek z Pana(Pani) rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba (gąbczaste zwyrodnienie mózgu) lub demencję?
15. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?
16. Czy chorował/a Pan/Pani na: malarię, inne choroby tropikalne?
- Jeżeli tak, kiedy i jakie?.....
17. Czy Pan/Pani w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii?
18. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: zabieg endoskopowy, użycie cewnika, tatuaż, akupunkturę, depilację kosmetyczną, biopsję, przekłucie uszu i innych części ciała?
- Jeżeli tak, kiedy?.....



KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

19. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi ludzką krwią?
20. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę ? Jeżeli tak, kiedy.....
21. Czy Pana/Pani partner życiowy i seksualny w ciągu ostatnich 12 miesięcy przechodził żółtaczkę?
22. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym?
23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?
24. Czy kiedykolwiek zalecono Panu(Pani) rezygnację z oddawania krwi?
25. Czy stosuje Pan/Pani dietę wegetariańską lub odchudzającą?
24. Czy przebywa Pan/Pani na rencie chorobowej?
Jeśli tak, to z jakiego powodu?.....
25. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę lub ma Pan/Pani niebezpieczne hobby?
26. Informacje dodatkowe
- Wagakg Wzrostcm
- Czy był/a Pan/Pani szczepiony przeciwko żółtaczkce typu B (WZW B)? Jeśli tak proszę podać liczbę dawek

TYLKO DLA KOBIET

27. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy?
Jeżeli tak, proszę podać datę porodu.....
28. Czy była Pani w ciąży ? Jeżeli tak, proszę podać liczbę ciąż
29. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio.....
30. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów, w celu leczenia niepłodności?

Imię i nazwisko dawcy.....

Data urodzenia.....

Data.....

Podpis dawcy.....

Data.....

Podpis lekarza.....



KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam niniejszym swoje zgłoszenie do Krajowego Banku Dawców Szpiku i podtrzymuję swoją wolę bycia Honorowym Dawcą Szpiku. Zostałem(am) poinformowany(a) o uwarunkowaniach doboru dawcy i biorcy przeszczepu, potrzebie zgłoszenia się do Laboratorium Krajowego Banku w przypadku wytypowania mnie jako kandydata dawstwa szpiku dla określonej potrzebującej osoby. Zdaje sobie sprawę z niedogodności i możliwego ryzyka związanego z doбором i dawstwem szpiku oraz z obowiązujących zasad anonimowości i nieodpłatności dawstwa. Zostałem(am) poinformowany o istniejącej możliwości pobrania szpiku kostnego drogą operacyjną lub nieoperacyjnie z wykorzystaniem urządzeń do separacji komórek krwiotwórczych z krwi po uprzednim ich zmobilizowaniu do krwi z zastosowaniem podanego podskórnie czynnika wzrostowego. Zapoznałem(am) się z załączonymi dokumentami opisującymi zasady i procedury związane z dawstwem szpiku.

Zgodnie z art. 7 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997 Dz.U.Nr 133, poz.833, wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w systemie informatycznym DCTK z KBDSz w ramach jego statutowej działalności i obowiązujących przepisów. Wyrażam jednocześnie zgodę na udostępnienie wyników badań HLA na witrynie internetowej organizacji Światowych Dawców Szpiku Kostnego (Bone Marrow Donors Worldwide).

Miejscowość _____

Data _____

Czytelny podpis _____