



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/jeśli nie ma ulicy miejscowość nr domu nr mieszkania miejscowość

kod pocztowy miejscowość województwo

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

Gr. krwi: PESEL:

Dodatkowy adres kontaktowy:*
(rodzina, przyjaciele)

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. 10 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 biorcy 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 dawcy.....



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

Dawcą szpiku nie może być osoba zakażona bakterią kiły, wirusem HIV oraz wirusem żółtaczk zakaźnej typu B lub C. Jeżeli zostanie potwierdzona u Pana/Pani chociaż jedna z wyżej wymienionych infekcji, należy niezwłocznie poinformować nas o tym, ponieważ w takiej sytuacji nie będzie Pan/Pani mógł zostać zakwalifikowany jako dawca szpiku. Jednocześnie trzeba pamiętać, że przy każdej infekcji, od momentu zakażenia do chwili, gdy staje się możliwe wykrycie jej drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie, w żadnym wypadku nie wolno oddawać krwi/materiału przeszczepowego, ponieważ mogą być one źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne. **Nie oddawaj zatem krwi/materiału przeszczepowego, jeżeli przez ryzykowne zachowania mógł/a Pan/Pani narazić się na niebezpieczeństwo zainfekowania.**

Ryzyko stwarzają:

1. kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami albo z partnerem/partnerką, których zna Pan/Pani 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 bakterii kiły lub wirusa HIV, żółtaczk zakaźnej typu B lub C wypadły dodatnio.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Pana/Pani sferę prywatną, jakkolwiek nawet niewielkie już ryzyko przeniesienia infekcji poprzez krew/ materiał przeszczepowy można jeszcze zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą, dokładnie przemyśli Pan/Pani opisane tu sytuacje i skrupulatnie odpowie na postawione pytania. Jednocześnie chcemy podkreślić, że zebrane w poniższej ankiecie dane będą traktowane w pełni poufnie.

Dziękujemy za współpracę.

ANKIETA DAWCY SZPIKU / KOMÓREK PNIA UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO

	Tak	Nie
1. 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 w ciągu ostatnich 6 miesięcy(patrz informacja)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
2. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, to proszę podać datę (może być tylko miesiąc/rok).....	<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 lub biegunkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki)? Jeśli tak, to jakie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zażywane były leki przeciw: przerostowi prostaty np. Proscar®, trądzikowi, np. Roaccutan®, łysieniu, np. Propecia®. Jeżeli tak to jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Czy w ciągu ostatnich 5 dni przyjmował/a Pan/Pani piroxicam (Felden), aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki domięśniowo lub dożylnie nie przepisane przez lekarza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy w ciągu ostatnich 2 miesięcy był/a Pan/i ukłuty/a przez kleszcza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany danych osobowych i teledresowych, 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

Tak Nie

8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Tak Nie
Jeśli tak jakie i kiedy?.....
9. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: Tak Nie
a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała, b) nieuzasadnioną gorączkę, c) powiększenie węzłów chłonnych ?
10. Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości ? Tak Nie
a) choroby układu krążenia (nadciśnienie), dolegliwości ze strony serca, zawał serca, duszność, udar mózgu, nawracające omdlenia, gorączka reumatyczna. Jeśli tak, jakie i kiedy, czy są leczone.....
.....
b) choroby skóry, wypryski /wysypka, uczulenie, katar sienny, astma, łuszczyca
Jeśli tak, jakie i kiedy, czy są leczone.....
c) cukrzyca, choroby krwi, przedłużone krwawienia, choroby naczyń krwionośnych, choroby nerek, choroby przewodu pokarmowego, choroby płuc, choroby nerwowe, padaczka, nowotwór, gruźlica, mononukleozę zakaźną, toksoplazmoza, kiła, rzeżączka, bruceloza, choroby tarczycy, borelioza, zapalenie szpiku, choroby psychiczne, choroby układowe (np. kolagenozy).
Jeśli tak, jakie i kiedy, czy są leczone.....
11. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny, wypadek, szczie chirurgiczne? Jeśli tak, jakie i kiedy..... Tak Nie
12. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję krwi ? Tak Nie
Jeśli tak, kiedy, ile razy i jakie
13. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani produkty z osocza np. czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny? Tak Nie
14. Czy leczył się Pan/i w szpitalu? Jeśli tak, kiedy i z jakiego powodu..... Tak Nie
15. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek) ? Tak Nie
Jeśli tak, kiedy i jakich ?
16. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani hormon wzrostu ? Tak Nie
17. Czy ktokolwiek z Pana(Pani) rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba (gąbczaste zwyrodnienie mózgu) lub demencję ? Tak Nie
18. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub chorób tropikalnych? Tak Nie
19. Czy chorował/a Pan/Pani na: gorączkę zachodniego Nilu, gorączkę Q, malarię, inne choroby tropikalne? Tak Nie
Jeżeli tak, kiedy i jakie?.....
20. Czy Pan/Pani w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii lub kiedykolwiek przeszedł Pan/i w wymienionych krajach operację? Tak Nie
21. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: Tak Nie
 depilację kosmetyczną, przekłucie uszu i innych części ciała, makijaż permanentny-trwały, liposukcję,



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

Tak Nie

- tatuaż, akupunkturę, zabieg endoskopowy, gastroskopię, biopsję, rektoskopię, kolonoskopię,
 artroskopię, laparoskopię, bronchoskopię, inne badania diagnostyczne ?

Jeżeli tak, kiedy?.....

22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią osoby niespokrewnionej lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią? (nie dot. pracowników służby zdrowia, studentów kierunków medycznych)

23. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę ? Jeżeli tak, kiedy i jaki typ żółtaczki

a) Czy kiedykolwiek badania w kierunku żółtaczki B (WZW B) lub żółtaczki C (WZW C) wypadły u Pana/i dodatkowo?

Jeżeli tak, kiedy i jaki typ żółtaczki.....

24. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?

25. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym? (za wyjątkiem chorób wieku dziecięcego, infekcji górnych dróg oddechowych)

26. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?

27. Czy kiedykolwiek zalecono Panu(Pani) rezygnację z oddawania krwi?

Jeśli tak, podać przyczynę.

28. Czy stosuje Pan/Pani dietę wegetariańską lub odchudzającą?

29. Czy przebywa Pan/Pani na rencie chorobowej?

Jeśli tak, to kiedy z jakiego powodu?.....

30. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę lub ma Pan/Pani niebezpieczne hobby?

31. Informacje dodatkowe: wagakg wzrostcm

Czy był/a Pan/Pani szczepiony przeciwko żółtaczce typu B (WZW B)? Jeśli tak proszę podać liczbę dawek

TYLKO DLA KOBIET

32. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

Jeżeli tak, proszę podać datę porodu.....

33. Czy była Pani w ciąży ? Jeżeli tak, proszę podać liczbę ciąż/liczbę porodów/.....

34. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio.....

35. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów, w celu leczenia niepłodności?

Oświadczam, że zgodnie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej dane osobowe i teleadresowe oraz informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Jednocześnie zobowiązuję się do uaktualniania danych w razie ich zmiany.

Imię i nazwisko dawcy..... Data urodzenia.....

Data..... Podpis dawcy.....

Data..... Podpis i pieczętka lekarza.....

* 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

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 doborem i dawstwem szpiku oraz z obowiązujących zasad dobrowolności, 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. 2002 Nr 101 poz. 926, wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w systemie informatycznym DCTK z KBDSz w ramach statutowej działalności i obowiązujących przepisów.

Wyrażam jednocześnie zgodę na udostępnienie moich danych:

- osobowych i medycznych Centralnemu Rejestrowi Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pepowinowej „Poltransplant”, Aleje Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa,
- w formie anonimowej na witrynie internetowej Światowej Bazy Dawców Szpiku Kostnego (Bone Marrow Donors Worldwide).

Miejscowość Data

Czytelny podpis dawcy

DZIAŁ POBIERANIA PRÓBEK KRWI

Nazwa i adres miejsca pobrania próbek do badań

Data pobrania próbek krwi:godz.....

Czytelny podpis osoby identyfikującej dawcę:

Czytelny podpis osoby pobierającej próbki krwi:



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

Krajowy Bank Dawców Szpiku bierze udział w projekcie „Miasto w Formie”, kształtującym zachowania prozdrowotne wśród mieszkańców Wrocławia, osób posiadających Urbancard lub posiadających status studenta Wyższej Uczelni działającej na terenie Wrocławia. Uczestnicy tego programu będą zbierać punkty za działania prozdrowotne, w tym również za zgłoszenie się do Krajowego Banku Dawców Szpiku. Osoby zbierające punkty będą brały udział w losowaniu nagród takich jak: wejściówki do aquaparku, klubów fitness, siłowni, basenów, bilety na imprezy kulturalne lub wycieczki zagraniczne.

Więcej informacji na temat programu na stronie: www.miastowformie.pl.

Jeśli chcesz otrzymać 700 punktów za rejestrację w KBDSz, podaj numer Urbancard i/lub e-mail.

Nr urbancard:

Adres e-mail:

Proszę o naliczenie 700 punktów w projekcie „Miasto w Formie” za rejestrację w Krajowym Banku Dawców Szpiku.

.....
Podpis dawcy

.....
Data i miejsce