



Identifikacijski broj donacije

Ime i prezime majke _____ Datum rođenja _____

Poštovana,
molimo Vas da prije ispunjavanja ovog upitnika pročitate „Obaviješteni pristanak za darivanje krvi iz pupkovine“. Upitnik popunite što bliže terminu poroda kako bi medicinske informacije bile aktualne.

1.	UZIMATE LI SADA ANTIBIOTIKE?	Da	Ne
	<i>Koje?</i> _____ <i>Zašto?</i> _____		
2.	UZIMATE LI SADA NEKE DRUGE LIJEKOVE?		
	<i>Koje?</i> _____ <i>Zašto?</i> _____		
3.	JESTE LI U POSLJEDNJIH 7 DANA		
a	imali: <input type="checkbox"/> povišenu temperaturu <input type="checkbox"/> prehladu <input type="checkbox"/> kašalj <input type="checkbox"/> proljev <input type="checkbox"/> povraćanje <input type="checkbox"/> apsces <input type="checkbox"/> popravak zuba <input type="checkbox"/> vađenje zuba <input type="checkbox"/> otvorenu ranu <input type="checkbox"/> bilo koju drugu bolest ili upalu <i>Koju?</i> _____		
b	uzimali antibiotike <i>Koje?</i> _____ <i>Zašto?</i> _____		
c	uzimali neke druge lijekove <i>Koje?</i> _____ <i>Zašto?</i> _____		
4.	JESTE LI U POSLJEDNJIH 2 MJESECA		
a	primili kakvo cjepivo <i>Koje?</i> _____		
b	bili u kontaktu s osobom koja je cijepljena protiv boginja		
5.	JESTE LI U POSLJEDNJIH 6 MJESECI IMALI		
a	neobjašnjiv gubitak tjelesne težine		
b	češće povišenu tjelesnu temperaturu		
c	učestale proljeve		
d	otečene limfne žlijezde		
6.	JESTE LI BOLOVALI OD		
a	<input type="checkbox"/> reumatske groznice <input type="checkbox"/> malarije <input type="checkbox"/> tuberkuloze		
b	<input type="checkbox"/> šećerne bolesti <input type="checkbox"/> bubrežne bolest <input type="checkbox"/> srčane bolest <input type="checkbox"/> jetrene bolesti		
c	upalne bolesti crijeva: <input type="checkbox"/> ulcerozni kolitis <input type="checkbox"/> Crohnova bolest		
d	autoimune bolesti <i>Koje?</i> _____		
e	problema sa zaustavljanjem krvarenja		
f	epilepsije (padavice)		
g	<input type="checkbox"/> tumora <input type="checkbox"/> karcinoma <i>Koji?</i> _____		
h	zarazne žutice: <input type="checkbox"/> hepatitis A <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> hepatitis C		
i	bolovali od psihičke ili neurološke bolesti		
7.	IMA LI U VAŠOJ OBITELJI NASLJEDNIH BOLESTI?		
a	enzimskih/metaboličkih bolesti		
b	bolesti imunskog sustava		
c	bolesti zgrušavanja krvi		
d	bolesti krvnog sustava		
e	drugih teških bolesti <i>Molimo pojasnite tko i koju bolest ima?</i> _____		
8.	JESTE LI TIJEKOM ŽIVOTA IMALI KOJU OZBILJNIJU BOLEST ILI OPERACIJU?		
	<i>Navedite koje i kada?</i> _____		
9.	JESTE LI U POSLJEDNJIH 12 MJESECI		
a	<input type="checkbox"/> primili transfuziju krvi <input type="checkbox"/> bili na akupunkturi <input type="checkbox"/> tetoviranju <input type="checkbox"/> piercingu <i>Kada?</i> _____		
b	<input type="checkbox"/> uboli se na medicinsku iglu <input type="checkbox"/> bili u kontaktu s tuđom krvi <i>Kada?</i> _____		
c	bili u kontaktu s <input type="checkbox"/> oboljelim od hepatitisa <input type="checkbox"/> primateljem hepatitisa B hiperimunog globulina <i>Molimo Vas pojasnite:</i> <input type="checkbox"/> osoba u zajedničkom domaćinstvu <input type="checkbox"/> seksualni partner <input type="checkbox"/> profesionalno izlaganje <input type="checkbox"/> drugo		
d	koristili retionoide: <input type="checkbox"/> Tegison <input type="checkbox"/> Soriatane <input type="checkbox"/> Accutane		
10.	JESTE LI IKAD		
a	imali pozitivan test na: <input type="checkbox"/> HIV/AIDS virus <input type="checkbox"/> virus hepatitisa B (HBV) <input type="checkbox"/> virus hepatitisa C (HCV)		
b	bili odbijeni kao darivatelj krvi <i>Zašto?</i> _____ <input type="checkbox"/> mala tjelesna težina <input type="checkbox"/> anemija <input type="checkbox"/> rizično ponašanje <input type="checkbox"/> drugo		

c	bili liječeni faktorima zgrušavanja krvi <i>Kojim?</i> <i>Kada?</i>			Da	Ne
d	primili transplantat: <input type="checkbox"/> tkiva <input type="checkbox"/> organa <i>Kada?</i>				
e	primili presadak tvrde moždane ovojnice (dure mater) <i>Kada?</i>				
f	Vi ili članovi Vašeg domaćinstva imali transplantaciju ili medicinski zahvat koji uključuje izlaganje živim stanicama, tkivima ili organima životinja <i>Tko i koji zahvat?</i>				
11. JESTE LI					
a	boravili u Velikoj Britaniji od 1986. do 1997. godine duže od 6 mjeseci				
b	boravili na području s prisutnošću virusa HIV-1 subtip O (Zapadna i Centralna Afrika)				
c	Vi ili Vaš partner boravili na području endemskom za HTLV (Japan, Karibi, Južna Amerika, Zapadna i Centralna Afrika)				
12. PRIPADATE LI U NEKU OD SKUPINA OSOBA S RIZIČNIM PONAŠANJEM?					
a	ovisnika o alkoholu ili drogama				
b	uzimanje droge putem igle				
c	često mijenjate seksualne partnere				
d	imate novac, drogu ili drugu naknadu za seks				
e	imate seksualne partnere s rizičnim ponašanjem				
f	imate seksualni odnos s osobom koja ima homoseksualne odnose				
g	imate seksualni odnos s osobom koja je uzimala drogu putem igle				
h	imate seksualni odnos s osobom koja ima hemofiliju ili uzima koncentrat faktora zgrušavanja				
i	bolujete ili ste liječeni od sifilisa				
j	imate seksualni odnos s HIV pozitivnom osobom				
k	boravili u zatvoru duže od 72 sata				
<i>Molimo Vas dodatno pojašnjenje ako ste na neko od pitanja odgovorili DA:</i>					
13. PRIPADA LI OTAC DJETETA NEKOJ SKUPINI OSOBA S RIZIČNIM PONAŠANJEM?					
	<i>Kojoj?</i>				
14. JE LI NETKO U VAŠOJ OBITELJI BOLOVAO OD CREUTZFELD-JAKOBOVE BOLESTI?					
	<i>Tko i kada?</i>				
15. IMA LI NETKO OD DJETETOVE UŽE OBITELJI <input type="checkbox"/> majka djeteta <input type="checkbox"/> otac djeteta <input type="checkbox"/> braća i sestre djeteta					
	<input type="checkbox"/> poremećaj kromosoma <input type="checkbox"/> neku tešku nasljednu bolest <i>Koju?</i>				
16. JE LI NETKO OD DJETETOVE UŽE OBITELJI <input type="checkbox"/> majka djeteta <input type="checkbox"/> otac djeteta <input type="checkbox"/> braća i sestre djeteta BOLOVAO OD					
	<input type="checkbox"/> malignog tumora <input type="checkbox"/> leukemije <input type="checkbox"/> mijeloproliferativne bolesti				
17. JE LI NETKO OD DJETETOVE ŠIRE OBITELJI <input type="checkbox"/> majka <input type="checkbox"/> otac <input type="checkbox"/> braća i sestre <input type="checkbox"/> bake i djedovi IMAO					
	neku od genetskih bolesti koje mogu utjecati na limfni ili krvotvorni sustav :				
a	<input type="checkbox"/> sferocitoza <input type="checkbox"/> eliptocitoza <input type="checkbox"/> SCID <input type="checkbox"/> anemija srpastih stanica <input type="checkbox"/> Fanconijeva anemija <input type="checkbox"/> Wiskott-Aldrich <input type="checkbox"/> talasemija <input type="checkbox"/> Alport <input type="checkbox"/> kronična granulomatoza <input type="checkbox"/> DiGeorgeov sy. <input type="checkbox"/> Nezelhof sy. <input type="checkbox"/> Tay-Sachs <input type="checkbox"/> Hurler <input type="checkbox"/> nasljedna trombocitopenija <input type="checkbox"/> Diamond-Blackfan sy. <input type="checkbox"/> Glanzmann <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/> Hunter <input type="checkbox"/> leukodistrofija <input type="checkbox"/> ataksija-teleangiektazija				
b	<input type="checkbox"/> autoimunu bolest <input type="checkbox"/> mišićnu distrofiju <input type="checkbox"/> multiplu sklerozu <input type="checkbox"/> neku tešku nasljednu kožnu bolest (npr. neurofibromatoza)				
18. JE LI DJETETOV OTAC VAŠ KRVNI SRODNIK?					
19. JESTE LI VI BIOLOŠKA MAJKA DJETETA?					
20. JESTE LI VEĆ BILI TRUDNI?					
	Broj trudnoća: _____ carskih rezova: _____ vaginalnih poroda: _____				
a	Jeste li imali komplikacija u prethodnim trudnoćama? <i>Navedite kakve:</i>				
b	Jesu li prethodni porodi bili prije termina? <i>S koliko tjedana?</i>				
c	Jeste li u ovoj trudnoći imali pozitivne markere zaraznih bolesti? <input type="checkbox"/> hepatitis B (HBV) <input type="checkbox"/> hepatitis C (HCV) <input type="checkbox"/> HIV/AIDS virus <input type="checkbox"/> sifilis				

Pitanja sam razumjela i na njih odgovorila najbolje što znam. Moji odgovori su iskreni.

Ime i prezime majke	Potpis majke	Datum
Zdravstveni upitnik provjerio	Potpis	Datum