

KBC Zagreb	BANKA HUMANOG MLIJEKA	OZ-BHM/7
TST-BHM	Prijava za darivanje humanog mlijeka	Izdanje: 2
		1/2

PODACI O DARIVATELJICI		
Ime i prezime	Datum rođenja	
Adresa stanovanja	Broj telefona/mobitela	
	email	
PODACI O DJETETU		
Ime (<i>ako je poznato</i>) i prezime djeteta	Datum rođenja	
Trudnoća po redu	Porod po redu	
Komplikacije ☐ NE ☐ DA (koje?)	☐ vaginalni ☐ carski	
Tjedni gestacije na porodu	Komplikacije ☐ NE ☐ DA (koje?)	
Dijete dojite ☐ isključivo ☐ djelomično – uz dohranu Dijete hranite izdojenim mlijekom ☐ isključivo ☐ djelomično – uz dohranu Dijete hranite kombinacijom dojenja i izdojenog mlijeka ☐ isključivo ☐ djelomično – uz dohranu		
Jeste li se savjetovali o darivanju viška mlijeka? ☐ s pedijatrom ☐ patronažnom sestrom ☐ NE		
Kako ste doznali za Banku mlijeka? ☐ putem interneta, društvenih mreža ☐ od primarnog pedijatra ☐ od patronažne sestre ☐ u rodilištu ☐ od prijatelja ☐ putem drugih medija- televizije, radija		
Zdravstveni podatci/zdravstvene i životne navike/okolina u kojoj se čuva mlijeko		
	DA	NE
Jeste li zdravi?		
Puшите li ili koristite nikotinske nadomjestke?		
Pijete li i koliko jedinica alkohola tjedno (1 jedinica= 0,3 l piva, 0,2 l vina, 0,03 l žestokih pića)?		
Pijete li velike količine kave ili kofeinskih napitaka dnevno (više od 2 šalice)?		
Jeste li na nekoj dijeti?		
Ako ste na veganskoj ili vegetarijanskoj, testirate li razinu vitamina B12?		
Koristite li kakve lijekove, biljne pripravke ili vitamine?		
Koje, koliko?		
	DA	NE
Jeste li cijepljeni unazad 4 tjedna?		

KBC Zagreb	BANKA HUMANOG MLIJEKA	OZ-BHM/7
TST-BHM	Prijava za darivanje humanog mlijeka	Izdanje: 2
		2/2

Kojim cjepivom?		
Jeste li operirani unatrag 4 mjeseca?		
Jeste li bili na akupunkturi, tetovaži, piercingu, nekom tretmanu s iglama unatrag 3 mjeseca?		
Jeste li primili transfuziju krvi i kada?		
Jeste li ikada koristili droge?		
Jeste li ikada testirani i bili pozitivni na HIV-1/2, hepatitis B i C, HTLV, sifilis?		
Koliko dnevno izdajate viška mlijeka?		
Imate li već zamrznutu neku količinu mlijeka?	☐ DA ☐ NE	
Koliko?		
Imate li vlastitu izdajalicu, kakvu?	☐ DA ☐ NE	
Čime je čistite i sterilizirate i koliko često?		
Broj članova domaćinstva		
Imaju li kronične bolesti? ☐ NE ☐ DA (molimo navesti koje)		
Vrsta zamrzivača koji imate ☐ odjeljak u hladnjaku ☐ kombinirani hladnjak s odvojenim vratima za zamrzivač ☐ ladičar/škrinja		
Ima li Vaš zamrzivač mogućnost programiranja temperature?	☐ DA ☐ NE	
Kolika je najniža moguća temperatura zamrzivača?		
Koliko je vrijeme očuvanja temperature u slučaju nestanka električne energije?		
Imate li mogućnost čuvanja mlijeka u zamrzivaču odvojeno od ostalih namirnica? ☐ NE ☐ DA ☐ odvojena ladica ☐ u vreći koja odvaja mlijeko		
Imate li mogućnost dostave mlijeka u Banku humanog mlijeka?	☐ DA ☐ NE	
Napomena		

Ispunjava djelatnik Banke humanog mlijeka

Ime i prezime osobe koja je pročitala prijavu/razgovarala s darivateljicom:	
Potpis	Datum:

Daljnji postupci:

☐ izdati set ☐ dogovoriti vađenje uzoraka krvi ☐ ostalo