



Identifikacijski broj donacije

Ime i prezime majke (rodilje) _____ 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 POSLJEDNJA 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 bolesti <input type="checkbox"/> srčane bolesti <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>Kojeg?</i> _____		
h	zarazne žutice: <input type="checkbox"/> hepatitis A <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> hepatitis C		
i	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/SIDA-u <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 čimbenicima zgrušavanja krvi <i>Kojim? Kada?</i>	Da	Ne
d	primili presadak: <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)		
d	u posljednjih 12 mjeseci boravili u području gdje ste se mogli zaraziti virusom Zapadnog Nila (Sjeverna Amerika, Italija, Austrija, Mađarska, Srbija, Rumunjska)		
e	u posljednjih 12 mjeseci putovali izvan Hrvatske? Ako jeste, napišite kada i kamo		
12. PRIPADATE LI U NEKU OD SKUPINA OSOBA S RIZIČNIM PONAŠANJEM?			
a	ovisnici 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 čimbenika 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 DJETETOV OTAC 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 DJETETOVA BIOLOŠKA MAJKA?			
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/SIDA <input type="checkbox"/> sifilis		

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

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