

28A KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY DLA MATKI

DO UMOWY nr _____ sporządzonej dnia _____

do Umowy na kwalifikację, preparatykę i przechowywanie Materiału biologicznego.

Kwestionariusz dla Matki (Wypełnia Matka wg swojej aktualnie najlepszej wiedzy*)

Proszę podać: Która to ciąża? Który z kolei poród?

BEZWZGLĘDNE PRZECIWWSKAZANIA DO POZYSKANIA MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO

Czy chorowała Pani kiedykolwiek na chorobę Chagasa i/lub miała dodatni wynik badań w kierunku T.cruzi?

TAK

NIE

Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HIV/ AIDS (wirusa nabytego niedoboru odporności)?

TAK

NIE

Czy kiedykolwiek wykryto u Pani przeciwciała anty-HIV?

TAK

NIE

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani kontakt seksualny z chorym na HIV/AIDS?

TAK

NIE

Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HTLV (wirusa białaczki ludzkiej komórek T)?

TAK

NIE

Czy kiedykolwiek chorowała Pani na białaczkę T komórkową?

TAK

NIE

Czy kiedykolwiek miała Pani niewyjaśniony epizod niedowładu kończyn dolnych?

TAK

NIE

Czy kiedykolwiek chorowała Pani na babeszjozę?

TAK

NIE

Czy u Pani, u Ojca Dziecka, rodzeństwa Dziecka bądź rodzeństwa Pani i Ojca Dziecka lub innych krewnych występowała choroba Creutzfeldta - Jakoba (gąbczaste zwyrodnienie mózgu)?

TAK

NIE

Czy choruje Pani aktualnie na nowotwór złośliwy lub minęło mniej niż 5 lat od zakończenia leczenia lub leczenie wciąż trwa?

TAK

NIE

WZGLĘDNE PRZECIWWSKAZANIA DO POZYSKANIA MATERIAŁU

BIOLOGICZNEGO

Czy aktualnie przyjmuje Pani jakiegokolwiek leki przepisane przez lekarza w sposób przewlekły?

TAK

NIE

Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani kontakt seksualny z osobą:

TAK

NIE

- otrzymującą przetoczenia krwi, jej składników lub immunoglobulin lub
- z osobą chorującą na hemofilię lub przyjmującą osoczowe czynniki krzepnięcia lub
- chorującą na żółtaczkę lub
- urodzoną lub mieszkającą w Afryce?

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Pani zabieg powodujący kontakt z krwią lub przerwanie ciągłości tkanek np. usunięcie zęba, tatuaż, przekłucie uszu lub innych części ciała, depilację kosmetyczną, akupunkturę, gastroskopię?

TAK

NIE

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przeszła Pani dłuższy niż 72 godziny pobyt w zamkniętym zakładzie karnym?

TAK

NIE

Czy podczas ostatnich trzech lat wyjeżdżała Pani poza granice Polski do kraju objętego obowiązkiem lub zaleceniem dodatkowego szczepienia?

TAK

NIE

Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej wymienionych chorób: choroba neurologiczna aktywna, przewlekła lub nawracająca?

TAK

NIE

Czy kiedykolwiek wykryto u Pani HAV (wirusa zapalenia wątroby typu A)?

TAK

NIE

Czy podczas ostatnich 8 tygodni miała Pani przeprowadzaną immunizację czynną (czy otrzymała Pani jakieś szczepionki)?

TAK

NIE

Czy podczas ostatnich 12 miesięcy miała Pani kontakt seksualny z osobą utrzymującą kontakty seksualne podwyższonego ryzyka?

TAK

NIE

Czy chorowała Pani kiedykolwiek na jedną z niżej

wymienionych chorób - malaria lub ZIKA? TAK _____ NIE

Czy miała Pani kiedykolwiek przeszczepienie lub inną procedurę medyczną, w trakcie której podano Pani żywe komórki, tkanki lub organy od zwierzęcia? TAK _____ NIE

Czy w okresie od 1 stycznia 1980r. do dnia 31 grudnia 1996r. przebywała Pani łącznie przez 3 miesiące lub dłużej na terytorium Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Republiki Francuskiej lub Irlandii? TAK _____ NIE

Czy miała Pani przetaczaną krew lub jej składniki na terytorium Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Republiki Francuskiej lub Irlandii po dniu 1 stycznia 1980r? TAK _____ NIE

Czy kiedykolwiek miała Pani przeprowadzone przeszczepienie narządu, tkanki lub komórek od dawcy allogenicznego (nie własne)? TAK _____ NIE

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykryto u Pani WNV (wirusa Zachodniego Nilu)? TAK _____ NIE

Czy choruje Pani lub Ojciec Dziecka na chorobę genetyczną potwierdzoną wynikami? TAK _____ NIE

Czy u Pani rodzeństwa, bądź rodzeństwa Ojca Dziecka występowały choroby genetyczne? TAK _____ NIE

Oświadczenie dotyczące możliwości wykorzystania przechowywanego Materiału biologicznego

Jestem świadoma, że przechowywanie tkanek i komórek nie jest równoznaczne z kwalifikacją Materiału biologicznego do przeszczepienia lub zastosowania u ludzi ani nie jest równoznaczne z możliwością wytworzenia gotowego produktu leczniczego terapii zaawansowanej ATMP. Dopuszczenie Materiału biologicznego do użycia klinicznego lub jako materiału wyjściowego do wytworzenia produktu leczniczego ATMP może wymagać odpowiedzi na dodatkowe pytania dotyczące stanu zdrowia Matki, Ojca oraz Dziecka będącego dawcą Materiału biologicznego, a także w niektórych wypadkach wykonania dodatkowych badań. Zakres dodatkowych pytań lub badań jest uzależniony od decyzji lekarza zlecającego terapię danego pacjenta. Ostateczną decyzję o klinicznym wykorzystaniu tkanek i komórek

Zapoznałam się i chcę kontynuować zamówienie
Oświadczenie zaakceptowane dn.

podejmuje zawsze lekarz, a PBKM w procesie podjęcia takich decyzji nie uczestniczy ani nie ma na nie wpływu.

Oświadczenie dotyczące możliwości dyskwalifikacji pozyskanego Sznura pępowinowego i/lub Łożyska

Jestem świadoma, że wątpliwe lub dodatnie wyniki badań mojej krwi obwodowej w zakresie badań czynników zakaźnych: HBV DNA, HCV RNA, HEV RNA, HIV RNA, HBs-Ag, anty-HBc, anty-HCV, HIV Ag/Ab 1, 2, Toxoplasma gondii IgM, kiła, będą skutkowały dyskwalifikacją Sznura pępowinowego i/lub Łożyska i jego zniszczeniem z zachowaniem procedury obowiązującej w PBKM.

Zapoznałam się i chcę kontynuować zamówienie
Oświadczenie zaakceptowane dn.

Deklaracja dotycząca zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (koronawirusem) u Matki i/lub Dziecka

Zobowiązuję się do poinformowania PBKM, jeśli podczas ciąży lub do 21 dnia po porodzie wykryje się u mnie zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (koronawirusem), lub podczas 21 dni po porodzie wykryje się u Dziecka zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (koronawirusem). Zobowiązuję się do przekazania PBKM niezbędnej dokumentacji medycznej, tj. wyników badań, potwierdzających zakażenie u mnie (Matki) i/ lub Dziecka- drogą e-mail na adres biuro@pbkm.pl w terminie najpóźniej 30 dni od daty porodu. W przypadku braku przekazania wyników badań Matki i/lub Dziecka, Materiał biologiczny będzie przechowywany zgodnie z zasadami określonymi w Umowie. Zakażenie wirusem SARS-CoV-2 u Dziecka stanowi przeciwwskazanie do wykorzystania w przyszłości pozyskanego Materiału biologicznego (komórki Sznura pępowinowego, Łożyska). Zakażenie wirusem SARS-CoV-2 u Matki w trakcie ciąży, może stanowić przeciwwskazanie do wykorzystania w przyszłości pozyskanego Materiału biologicznego (komórki Sznura pępowinowego, Łożyska).

Zapoznałam się i chcę kontynuować zamówienie
Deklaracja zaakceptowana dn.

*** w przypadku zmiany informacji o stanie zdrowia matki przekazanych w niniejszym dokumencie, matka oświadcza, że przekaże PBKM informacje o zaistniałych zmianach najszybciej jak to możliwe - najpóźniej w dniu porodu lub 48 godzin po porodzie**

Data

Podpis matki
