



Κυπριακό Ροταριανό Αρχείο
Ομφαλοπλακουντιακών
Μοσχευμάτων
Καραϊσκάκειο Ίδρυμα

Αίτηση για δωρεά αίματος ομφάλιου λώρου (ΑΟΛ)

Να συμπληρώνεται το αργότερο μέχρι την 36^η εβδομάδα κύησης

Βεβαιώσου ότι έχεις διαβάσει το σχετικό ενημερωτικό φυλλάδιο για τη δωρεά αίματος ομφάλιου λώρου.

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ
(τα στοιχεία είναι άκρως εμπιστευτικά)

Στοιχεία Μητέρας

ΕΠΙΘΕΤΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____ ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____ Αρ. _____ Διαμ. _____

Περιοχή _____ Τομέας _____ Τ.Θ. _____ ΕΠΑΡΧΙΑ: _____

Τηλ. Οικίας: _____ Εργασίας: _____ Κινητό: _____ Φαξ: _____

Ηλεκτρονική Διεύθυνση: _____

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ (Χωριό): _____

Στοιχεία Πατέρα

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ (Χωριό): _____

Στοιχεία Τοκετού

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: _____ ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ: _____

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ: _____

Ιατρικές Πληροφορίες Μητέρας

ΝΑΙ ΟΧΙ Είσαι η βιολογική μητέρα του παιδιού;

ΝΑΙ ΟΧΙ Η ερωτική σου ζωή είναι προσεκτική και ασφαλισμένη από μεταδοτικές ασθένειες;

Αν απαντήσεις ΟΧΙ σε μια από τις πιο πάνω ερωτήσεις ΔΕΝ μπορείς να γίνεις δότης αίματος ομφάλιου λώρου.

Ιατρικές Πληροφορίες Μητέρας (συνέχεια)

- ΝΑΙ ΟΧΙ Η κύηση σου είναι δίδυμη ή τρίδυμη;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Πήρες θεραπεία για αφροδίσια νοσήματα τους τελευταίους 12 μήνες;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Είσαι εξ αίματος συγγενής με τον πατέρα του παιδιού;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Έχεις πάρει ποτέ ναρκωτικά ή οποιαδήποτε παραισθησιογόνο ουσία;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Τα τελευταία δύο χρόνια έχεις μεταγγιστεί, πήρες αντιλυσσικό ορρό ή ήρθες σε άμεση επαφή με κάποιον που είχε ηπατίτιδα ή άλλη μεταδοτική ασθένεια;

Αν απαντήσεις ΝΑΙ σε μια από τις πιο πάνω ερωτήσεις ΔΕΝ μπορείς να γίνεις δότης αίματος ομφάλιου λώρου

- ΝΑΙ ΟΧΙ Η εγκυμοσύνη σου είναι αποτέλεσμα εξωσωματικής γονιμοποίησης;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Η εγκυμοσύνη σου προήλθε από δότη σπέρματος;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Τους τελευταίους 12 μήνες έκανες τατουάζ, τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Έχεις το στίγμα της Μεσογειακής Αναιμίας;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Έχεις υποβληθεί σε μεταμόσχευση οποιουδήποτε ιστού ή οργάνου;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Πάσχεις από διαβήτη, από αυτοάνοση νόσο (π.χ. ρευματοειδή αρθρίτιδα ή νόσο του Crohn), ή από άλλη χρόνια πάθηση;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Έκανες εμβόλιο τους τελευταίους τρεις μήνες (π.χ. τέτανο, γρίπη), ή είχες δερματικά προβλήματα;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Πέρασες ποτέ φυματίωση, σαλμονέλα, ίκτερο, ηπατίτιδα ή άλλες ηπατικές παθήσεις;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Έχεις διαγνωστεί ποτέ με μαλάρια ή ταξιδεύσει σε χώρες (π.χ. Νότιος Αμερική, Κεντρική Αφρική, Ασία) όπου υπάρχει μαλάρια;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Έχεις αποκλειστεί ποτέ από αιμοδότης για λόγους άλλους εκτός από χαμηλή αιμοσφαιρίνη ή χαμηλή πίεση;

Αν απαντήσεις ΝΑΙ σε μια από τις πιο πάνω ερωτήσεις, παρακαλώ δώσε περισσότερες πληροφορίες:

Ιατρικές πληροφορίες της Άμεσης Οικογένειας (βιολογικοί γονείς και αδέρφια):

- ΝΑΙ ΟΧΙ Υποφέρει κάποιο μέλος της οικογένειας από σοβαρό κληρονομικό νόσημα;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Λαμβάνει θεραπεία με χρόνιες μεταγγίσεις αίματος ή υπέστη σπληνεκτομή;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Λαμβάνει τακτική φαρμακευτική αγωγή;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Πάσχει από αιματολογικό ή ανοσολογικό νόσημα (π.χ. αιμολυτική αναιμία, θαλασσαιμία, ανοσοανεπάρκεια κ.λπ.);
- ΝΑΙ ΟΧΙ Διαγνώστηκε με τη νόσο της σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Διαγνώστηκε με καρκίνο ή λευχαιμία;
- ΝΑΙ ΟΧΙ Πέθανε πριν την ηλικία των 10 ετών;

Αν απαντήσεις ΝΑΙ σε μια από τις πιο πάνω ερωτήσεις, παρακαλώ δώσε περισσότερες πληροφορίες:

Ενήμερη Συγκατάθεση Μητέρας

Ο σκοπός της διαδικασίας αυτής είναι η συλλογή και αποθήκευση του ΑΟΛ για να χρησιμοποιηθεί για μεταμόσχευση σε ασθενείς με σοβαρό αιματολογικό ή άλλο νόσημα.

- Έχω ενημερωθεί σχετικά με τη διαδικασία αυτή, μου δόθηκε η ευκαιρία να υποβάλω διάφορες ερωτήσεις και όλες μου οι απορίες έχουν απαντηθεί ικανοποιητικά.
- Αποδέχομαι τη συλλογή, αποθήκευση και καταχώρηση του ΑΟΛ του παιδιού μου στο Δημόσιο Αρχείο, σύμφωνα με τους όρους που περιγράφονται στο ενημερωτικό φυλλάδιο δωρεάς ΑΟΛ.

Υπογραφή Μητέρας: _____ Ημερομηνία: _____

Συγκατάθεση Ιατρού

- Συμφωνώ όπως καταβάλω κάθε δυνατή προσπάθεια για τη λήψη του ΑΟΛ χωρίς να επιβαρυνθεί η διαδικασία του τοκετού.

Υπογραφή Ιατρού: _____ Ημερομηνία: _____