



Tkáňová ústředna Fakultní nemocnice Hradec Králové,  
reg. č. MZ ČR MTB 06, EU TE Code CZ000426  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, IČO: 00179906

Odběrové místo: Porodnická a gynekologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové,

Údaje o dárkyni:

|                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| Příjmení.....titul.....            | číslo odběru (nevyplňujte) |
| Jméno..... Rodné číslo ...../..... |                            |

**DOTAZNÍK PRO DÁRKYNĚ PUPEČNÍKOVÉ KRVE PRO AUTOLOGNÍ/ ALOGENNÍ (PŘÍBUZENSKÉ DAROVÁNÍ)**

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje a otázky.

*Správnou odpověď zakroužkujte!*

**SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV**

|                                                                                                                                          |     |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Byla jste lékařem poučena o případném rizikovém chování z hlediska darování pupečnickové krve a rozumíte mu?                             | ANO | NE |
| Patříte do některé skupiny s rizikovým chováním?                                                                                         | ANO | NE |
| Užíváte pravidelně léky? <b>Uveďte jaké</b> (všechny, včetně Acylpyrinu nebo hormonální antikoncepce):                                   | ANO | NE |
| Užila jste v posledních 4 týdnech nějaké jiné léky? <b>Uveďte jaké</b> (pravidelně užívané léky již neuvádějte):                         | ANO | NE |
| Léčíte se nebo jste sledována pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)?                                                                 | ANO | NE |
| Potíte se v noci v nadměrné míře, pozorujete zvýšené teploty, zduřelé uzliny?                                                            | ANO | NE |
| Hubnete v poslední době bez zjevné příčiny?                                                                                              | ANO | NE |
| Přišla jste v uplynulých 10 dnech do styku s osobou s onemocněním COVID-19?                                                              | ANO | NE |
| Pocíťovala jste v uplynulých dnech známky onemocnění COVID-19 (zvýšená teplota, horečka, nevolnost, bolesti hlavy, zhoršené dýchání...)? | ANO | NE |
| Prodělala jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (nachlazení, průjemové onemocnění...)?                                           | ANO | NE |
| Podstoupila jste v posledních 7 dnech trhání zubů nebo malý chirurgický výkon?                                                           | ANO | NE |
| Měla jste v posledních 4 týdnech přisáté klíště?                                                                                         | ANO | NE |



Tkáňová ústředna Fakultní nemocnice Hradec Králové,  
reg. č. MZ ČR MTB 06, EU TE Code CZ000426  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, IČO: 00179906

## ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU

**Prodělal (a) jste v uplynulých 6 měsících:**

|                                                                                                                                                                                                                          |     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Transplantace, operace, ošetření v nemocnici s výjimkou současného výkonu, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření, poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poraněním nebo sliznicí)? <b>Uveďte jaké a kdy:</b> | ANO | NE |
| Dostala jste transfúzi krve?                                                                                                                                                                                             | ANO | NE |
| Bylo Vám provedeno tetování, akupunktura, propíchování uší, piercing?                                                                                                                                                    | ANO | NE |
| Byla jste očkovaná? <b>Proti čemu a kdy:</b>                                                                                                                                                                             | ANO | NE |
| Pracujete v rizikovém (infekčním, zdraví škodlivém) prostředí?<br><b>Uveďte v jakém (infekce, záření, chemická rizika ...):</b>                                                                                          | ANO | NE |
| Byla jste léčena pro pohlavní chorobu?                                                                                                                                                                                   | ANO | NE |
| Byla jste v úzkém kontaktu (rodina, pohlavní styk) s nemocným s infekční žloutenkou, AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog?<br><b>Uveďte, o jaký kontakt se jednalo:</b>                  | ANO | NE |
| Pobývala jste mimo Evropu (zejména v exotických oblastech tropů nebo subtropů)?<br><b>Uveďte kde (i krátkodobý např. turistický pobyt):</b>                                                                              | ANO | NE |

## ODBĚRY KRVE, KRVETVORNÝCH BUŇEK A TKÁNÍ V MINULOSTI

|                                                                                             |     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Jste dárkyní krve, jejích složek nebo krvetvorných buněk?                                   | ANO | NE |
| Byla jste někdy odmítnuta jako dárcce krve nebo krvetvorných buněk?<br><b>Uveďte důvod:</b> | ANO | NE |

## PRODĚLANÉ CHOROBY – ANAMNÉZA (od narození do dnešního dne)

|                                                                                                                                                                                                                                     |     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Infekční žloutenka                                                                                                                                                                                                                  | ANO | NE |
| HIV infekce (AIDS), infekce virem HTLV I/II, pohlavní nemoc (syfilis, kapavka)                                                                                                                                                      | ANO | NE |
| Tuberkulóza, jiné přenosné nemoci (mononukleóza, klíšťová encefalitida, brucelóza, tularemie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, malárie, babesióza, leishmaniáza_Kala-Azar, Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, aj.) | ANO | NE |
| Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak                                                                                                                                                                             | ANO | NE |
| Nemoci krve (chudokrevnost, krvácivost, polycytemie, talasemie, aj.)                                                                                                                                                                | ANO | NE |
| Nemoci zažívacího traktu (vředová choroba, záněty slinivky, střeva, aj.)                                                                                                                                                            | ANO | NE |
| Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (cukrovka, poruchy metabolismu, štítná žláza, aj.)                                                                                                                                                    | ANO | NE |
| Nemoci ledvin (záněty, kameny, kolika, aj.)                                                                                                                                                                                         | ANO | NE |
| Nemoci dýchacích orgánů (astma, rozedma plic, chronický zánět průdušek, aj.)                                                                                                                                                        | ANO | NE |
| Nemoci kostí a kloubů (záněty kloubů, revmatická horečka, osteomyelitis, aj.)                                                                                                                                                       | ANO | NE |
| Systémové choroby pojiva                                                                                                                                                                                                            | ANO | NE |
| Nádorové onemocnění                                                                                                                                                                                                                 | ANO | NE |



**Tkáňová ústředna Fakultní nemocnice Hradec Králové,**  
reg. č. MZ ČR MTB 06, EU TE Code CZ000426  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, IČO: 00179906

|                                                                                                                                            |            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| Nemoci nervové soustavy, nemoci oka, psychická onemocnění (křečové stavy, migrény, epilepsie, roztroušená skleróza, deprese, psychóza ...) | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
| Geneticky podmíněné choroby (hemofilie, vrozené poruchy metabolismu, Turnerův syndrom, Marfanův syndrom, Huntigtonova chorea ad.)          | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
| Operace a všechny větší úrazy; transplantace; transfuze krve (včetně transfúze v Anglii)<br><b>Uveďte jaké a kdy:</b>                      | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
| Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka, oční bělma nebo ušní bubínek?                                                          | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
| Máte alergii, poruchu imunity nebo kožní onemocnění? (psoriáza, Hashimotova tyreoiditida, atopická dermatitida ad.)<br><b>Uveďte jaké:</b> | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
| Byla u Vás nebo v rodině zjištěna Creutzfeldt-Jakobova choroba nebo její varianta (vCJD)?                                                  | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
| Užívala jste někdy imunosupresivní léky, podstoupila jste dlouhodobou terapii kortikoidy nebo léčbu preparáty obsahujícími zlato?          | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
| Byla jste někdy léčena růstovým hormonem nebo extraktem hypofýzy lidského původu?                                                          | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
| Byla jste někdy léčena pro alkoholismus nebo lékovou závislost?                                                                            | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
| Užívala jste někdy drogy (zejména nitrožilní aplikace)?                                                                                    | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |

**Stvrzuji, že jsem nezamlčela žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytla, jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamlčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce transplantace, je zákonem postižitelné). Byla jsem poučena o možnosti diskrétního samovyloučení.**

Souhlasím s tím, že mé osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu budou evidovány při dodržování povinné mlčenlivosti dle platného zákona a při dodržování zásad lékařského tajemství můžou být využity např. v rámci výuky studentů ve zdravotnictví.

**Datum**

**Podpis dárkyně**

**VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU OSOBOU ODPOVĚDNOU  
ZA PROPUŠTĚNÍ DÁRCE K ODBĚRU**

|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Vyhovuje <input type="checkbox"/> | Nevyhovuje <input type="checkbox"/>  |
| Nevyhovuje pro:                   |                                      |
| Datum:                            | Podpis osoby vyhodnocující dotazník: |