

Smluvní odběrové místo/zařízení:

- Ortopedická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové
 Ortopedické oddělení Nemocnice Jablonec n. Nisou
 Ortopedické oddělení Nemocnice Kyjov

DOTAZNÍK PRO DÁRCE TKÁNÍ – hlavice femuru

ŠTÍTEK PACIENTA

Vyplňte, prosím, zodpovědně všechny údaje a otázky Správnou odpověď zakroužkujte!

Byl/a jste lékařem poučen/a o případném rizikovém chování z hlediska darování tkání a rozumíte mu?	ANO	NE
Patříte do některé skupiny s rizikovým chováním?	ANO	NE
Užíváte pravidelně léky? (včetně např.: Anopyrinu, Godasalu, hormonální antikoncepce, Euthyroxu...) Uveďte jaké:	ANO	NE
Užíval/a jste v posledních 4 týdnech jiné léky? (pravidelně užívané již neuvádějte) Uveďte jaké:	ANO	NE
Léčíte se nebo jste sledován/a pro nějaké onemocnění (včetně infekčního)?	ANO	NE
Potíte se v noci v nadměrné míře, pozorujete zvýšené teploty nebo zduřelé uzliny?	ANO	NE
Hubnete v poslední době bez zjevné příčiny?	ANO	NE
Přišel/a jste v uplynulých 10 dnech do styku s osobou s onemocněním COVID-19?	ANO	NE
Pocíval jste v uplynulých dnech známky onemocnění COVID-19 (zvýšená teplota, horečka, ztrátu čichu, bolesti hlavy, zhoršené dýchání)?	ANO	NE
Prodělal/a jste v posledních 4 týdnech nějaké onemocnění (včetně nachlazení, průjmového onemocnění, ad.)?	ANO	NE
Podstoupil/a jste v posledních 7 dnech trhání zubů nebo malý chirurgický výkon?	ANO	NE
Měl/a jste v posledních 4 týdnech přisáté klíště?	ANO	NE

ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU

Prodělal/a jste v uplynulých 6 měsících:

Transplantace, operace, transfúze krve, ošetření v nemocnici s výjimkou současného výkonu, nitrožilní podání léků, endoskopické vyšetření, poranění injekční jehlou, kontakt s krví (poraněním nebo sliznicí)? Uveďte jaké:	ANO	NE
Podstoupil/a jste tetování, akupunkturu, propichování uší nebo piercing?	ANO	NE

Byl/a jste očkovan/a a proti čemu:	ANO	NE	
Pracujete v rizikovém prostředí? (<i>zdravotnický pracovník, hajný, horník, veterinář, ošetřovatel zvířete</i>) Uveďte typ rizika:	ANO	NE	
Byl/a jste léčen/a pro pohlavní chorobu?	ANO	NE	
Byl/a jste v úzkém kontaktu s nemocným s infekční žloutenkou, AIDS, jiným infekčním onemocněním nebo s nitrožilním uživatelem drog? Uveďte: (<i>např.: v rámci rodiny, intimním stykem, služebně</i>)	ANO	NE	
Pobýval/a jste mimo Evropu (<i>včetně turistických pobytů, exotické oblasti tropů nebo subtropů</i>)? Uveďte kde:	ANO	NE	
Byla jste v posledním roce nebo jste těhotná?	ANO	NE	N/A
Jste kojící matka?	ANO	NE	N/A

ODBĚRY KRVE, KRVETVORNÝCH BUŇEK A TKÁNÍ V MINULOSTI

Jste dárce kostní dřeně, krvetvorných buněk, krve nebo jejích složek?	ANO	NE
Byl/a jste někdy odmítnut/a jako dárcce krve nebo krvetvorných buněk? Uveďte důvod:	ANO	NE

PRODĚLANÉ CHOROBY – ANAMNÉZA (od narození do dnešního dne)

Infekční žloutenky (<i>HBV, HCV, HAV aj.</i>)	ANO	NE
HIV infekce (<i>AIDS</i>), infekce virem HTLV typu I/II nebo jiná pohlavní nemoc (<i>syfilis, kapavka</i>)	ANO	NE
Tuberkulóza, jiné přenosné nemoci (<i>infekční mononukleóza, klíšťová encefalitida, brucelóza, tularemie, toxoplazmóza, listerióza, borelióza, malárie, babesióza, leishmaniáza „Kala-Azar“, Chagasova choroba, Q horečka, tyfus, paratyfus, aj.</i>)	ANO	NE
Nemoci srdce, nemoci cév, vysoký nebo nízký krevní tlak	ANO	NE
Nemoci krve (<i>chudokrevnost, krvácivost, polycytémie, talasemie, aj.</i>)	ANO	NE
Nemoci zažívacího traktu (<i>vředová choroba, záněty slinivky, střeva, aj.</i>)	ANO	NE
Nemoci žláz s vnitřní sekrecí (<i>cukrovka, Cushingův syndrom, Addisonova nemoc porucha funkce štítné žlázy, aj.</i>)	ANO	NE
Nemoci ledvin (<i>záněty, cysty, kameny, aj.</i>)	ANO	NE
Nemoci dýchacích orgánů (<i>astma, CHOPN, cystická fibróza aj.</i>)	ANO	NE
Nemoci kostí a kloubů (<i>záněty kloubů, revmatická horečka, osteoporóza, aj.</i>)	ANO	NE
Autoimunitní systémová onemocnění, mající vliv na jakost odebrané tkáně (<i>systémové choroby pojiva, Sjögrenův sy, lupus, aj.</i>)	ANO	NE
Nádorové onemocnění. Uveďte jaké a kdy:	ANO	NE
Nemoci nervové soustavy, oka nebo psychická onemocnění (<i>makulární edém, epilepsie, roztroušená skleróza, deprese, psychóza, aj.</i>)	ANO	NE
Geneticky podmíněné choroby (<i>vrozené poruchy metabolismu, Turnerův a Klinefelterův syndrom, Marfanův syndrom</i>)	ANO	NE

Operace a všechny větší úrazy; transplantace tkáně; transfúze krve (včetně transfúze ve Spojeném království) Uveďte jaké a kdy:	ANO	NE
Byla Vám implantována tvrdá plena mozková, rohovka, oční bělima nebo ušní bubínek?	ANO	NE
Byla u Vás nebo v rodině zjištěna prionová infekce (<i>Creutzfeldt-Jakobova choroba</i> nebo její varianta - <i>vCJD</i>)?	ANO	NE
Pobýval/a jste v období 1980-1996 déle než 6 měsíců ve Spojeném království nebo Francii?	ANO	NE
Užíval/a jste někdy imunosupresivní léky, podstoupil/a jste dlouhodobou terapii kortikoidy nebo léčbu preparáty obsahujícími zlato?	ANO	NE
Byl/a jste někdy léčen/a hormony získanými z lidské hypofýzy, např.: růstovým hormonem?	ANO	NE
Byl/a jste někdy léčen/a pro alkoholismus nebo lékovou závislost?	ANO	NE
Užíval/a jste někdy nitrožilně návykové látky?	ANO	NE
Narodil/a jste se nebo žil/a dlouhodobě v zahraničí? Uveďte kde:	ANO	NE

Stvrzuji, že jsem nezamlčel/a žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl/a, jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamlčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život příjemce tkáně, je zákonem postižitelné).

Na základě pohovoru s lékařem se **považuji za vhodného dárce, jehož tkáně neohrozí zdraví příjemce.**

Byl/a jsem poučen/a o průběhu odběru a rizicích s ním spojených a s odběrem souhlasím. Byl/a jsem poučen/a o tom, že mám právo klást otázky týkající se odběru a právo kdykoliv od odběru ustoupit. Potvrzuji, že na každou položenou otázku jsem dostal/a uspokojivou odpověď. Byl/a jsem poučen/a o možnosti diskretního samovyloučení. Souhlasím s vyšetřením mé krve a s uchováváním vzorků pro případné dodatečné vyšetření infekčních chorob. Byl/a jsem poučen/a, že v případě nevyhovujících laboratorních vyšetření budu informován/a.

Souhlasím s tím, že mé osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu budou evidovány při dodržování povinné mlčenlivosti dle platného zákona a budou využívány (např. koordinační středisko transplantací, referenční laboratoře pro infekční choroby, výuka studentů ve zdravotnictví).

Datum

Podpis dárce

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU OSOBOU ODPOVĚDNOU ZA PROPUŠTĚNÍ DÁRCE K ODBĚRU

Vyhovuje

Nevyhovuje

Nevyhovuje pro:

Datum.....

Podpis hodnotícího lékaře: