

ویرایش: ده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان IMS-FM-RU002	 شرکت فناوری بن یخته های رویان (سهامی خاص)
۱ از ۵		

توجه :

اطلاعات این پرسشنامه کاملاً محرمانه بوده و بر اساس استاندارد جهانی FACT-NETCORD تنظیم شده است بنابراین مطالعه و تکمیل آن جهت اطمینان از سلامت نمونه و ذخیره سازی سلولهای بنیادی خون بندناف ضروری است. خواهشمند است هرگونه ابهام در پاسخگویی به سؤالات را با مسئول پذیرش در میان بگذارید و انتهای هر صفحه را نیز امضاء نمایید .

تاریخ تکمیل پرسشنامه :

شماره پذیرش مشتری : محل بارکد

تاریخ تولد پدر:

۱- نام پدر:

تاریخ تولد مادر:

نام مادر:

۲- آیا پدر و مادر با یکدیگر خویشاوند هستند (نسبت ذکر شود)؟

۳- نوزاد چندمین فرزند شما می باشد؟

۴- آیا فرزندی از شما سقط شده است؟

دفعات سقط: چند هفتگی: علت سقط:	☐ خیر ☐ بلی
--	--

۵- آیا فرزندی از شما فوت شده است؟

نسبت کودک فوت شده با نوزاد: ☐ خواهر ☐ برادر ☐ سن و علت فوت فرزند:	☐ خیر ☐ بلی
--	--

۶- آیا سابقه ناباروری وجود داشته است؟

مدت ناباروری: علت ناباروری:	☐ خیر ☐ بلی
--	--

۷- آیا بارداری به روش طبیعی بوده است؟

☐ بلی

در صورتی که از روش های کمک باروری استفاده شده است نوع آن را مشخص نمایید.

تخمک اهدایی ☐ اسپرم اهدایی ☐ جنین اهدایی ☐ با استفاده از رحم جایگزین ☐ سایر

۸- آیا شما در حال حاضر جهت درمان فرد بیماری تصمیم به ذخیره خون بندناف فرزند خود گرفته اید؟

نسبت بیمار با نوزاد: نوع بیماری: سن بیمار:	☐ خیر ☐ بلی
--	--

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

ویرایش: ده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان IMS-FM-RU002	 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهامی خاص)
۲ از ۵		

سؤالات مربوط به خانواده پدری و مادری

۱- کدامیک از موارد زیر در بین اقوام پدری (عمه و عمو و مادر بزرگ و پدر بزرگ) و مادری (خاله و دایی و مادر بزرگ و پدر بزرگ) نوزاد انجام شده است ؟

الف) تزریق خون

☐ خیر

☐ بلی

نسبت بیمار با نوزاد:	علت تزریق خون :	تاریخ تزریق خون :
----------------------	-----------------	-------------------

ب) سابقه پیوند عضو یا بافت

☐ خیر

☐ بلی

نسبت بیمار با نوزاد:	چه عضو یا بافتی پیوند شده است :	تاریخ پیوند عضو یا بافت :
----------------------	---------------------------------	---------------------------

ج) سابقه مشکلات کبدی

☐ خیر

☐ بلی

نسبت بیمار با نوزاد:	نوع بیماری :	تاریخ شروع بیماری :
----------------------	--------------	---------------------

۲- آیا در بین اقوام فوق الذکر، فرد مبتلا به بیماریهای سخت درمان و یا نوشته شده در کادر روبرو وجود داشته است ؟

☐ خیر

☐ بلی

نسبت بیمار با نوزاد :	نوع بیماری :	تاریخ شروع بیماری :
وضعیت بیمار : در حال درمان ☐	فوت شده ☐	درمان شده ☐
آیا سابقه ارثی از این بیماری در بین خانواده دیده می شود؟		
☐ خیر	☐ بلی	

بیماری سلول داسی شکل

تالاسمی

آنمی فانکونی

آنمی آپلاستیک

ترمبوسیتوپنیا ارثی

بیماری گلاتزن

گاماگلوبولینمیا

استئوپتروزیس

لوسمی

بیماری گرانولوماتوز مزمن

و یا هر بیماری متابولیکی

و یا هر بیماری نقص سیستم

ایمنی

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

ویرایش: ده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان IMS-FM-RU002	 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهامی خاص)
۳ از ۵		

سؤالات مربوط به خانواده نوزاد (پدر، مادر، خواهر، برادر)

۱- آیا سابقه ای از پیوند عضو یا بافت در خانواده وجود دارد؟

☐ بلی ☐ خیر

نسبت فرد دریافت کننده پیوند با نوزاد :	چه عضو یا بافتی پیوند شده است؟	تاریخ پیوند :
--	--------------------------------	---------------

۲- آیا در خانواده سابقه ای از بیماریهای زیر وجود داشته است ؟

☐ خیر ☐ بلی	هپاتیت A ☐ توکسوپلاسموزیس ☐ سل ☐ نسبت فرد مبتلا با نوزاد زمان ابتلا
---	--

۳- آیا تاکنون از داروهای مخدر تزریقی، مکمل های بدن سازی تزریقی و داروهای آرام بخش (به صورت مستمر) استفاده نموده اید؟

پدر: ☐ خیر ☐ بلی نام دارو : تاریخ شروع استفاده : مدت زمان استفاده :
 مادر: ☐ خیر ☐ بلی نام دارو : تاریخ شروع استفاده : مدت زمان استفاده :

۴- آیا در طول سه سال گذشته تا کنون، مسافرت به خارج از ایران داشته اید ؟

پدر: ☐ خیر ☐ بلی نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 مادر: ☐ خیر ☐ بلی نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :
 نام کشور : تاریخ : مدت اقامت :

۵- آیا در دوران زندگی، سابقه ای از بیماریهای زیر را داشته اید ؟

پدر: ☐ خیر

☐ سیفیلیس	☐ توبرکلوزیس (سل)	☐ مالاریا	☐ هپاتیت (B یا C)
☐ ایدز (HIV)	☐ تب خال تناسلی	☐ زگیل تناسلی	☐ HTLV

مادر: ☐ خیر

☐ سیفیلیس	☐ توبرکلوزیس (سل)	☐ مالاریا	☐ هپاتیت (B یا C)
☐ ایدز (HIV)	☐ تب خال تناسلی	☐ زگیل تناسلی	☐ HTLV

۶- آیا بجز موارد فوق الذکر بیماری دیگری (بیماری سیستم ایمنی، ژنتیکی - متابولیک، خونی و بدخیمی) در خانواده نوزاد وجود دارد؟

☐ خیر ☐ بلی

در صورت داشتن بیماری، لطفا توضیح داده شود

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

ویرایش: ده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان IMS-FM-RU002	 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهامی خاص)
۴ از ۵		

سوالات زیر مخصوص مادر بوده و لازم است با دقت پاسخ داده شود

۱- آیا مادر تا کنون، داروی خاصی را به طور مداوم مصرف نموده است؟	بلی ☐	خیر ☐
۲- آیا مادر سابقه فشارخون بالا داشته است؟	بلی ☐	خیر ☐
۳- آیا مادر سابقه دیابت داشته است ؟	بلی ☐	خیر ☐
۴- آیا مادر سابقه ای از پاپ اسمیر غیر طبیعی دارد؟	بلی ☐	خیر ☐
۵- آیا مادر سابقه انتقال خون داخل رحمی دارد؟	بلی ☐	خیر ☐
۶- آیا مادر سابقه شیمی درمانی یا پرتو درمانی دارد؟	بلی ☐	خیر ☐
۷- آیا مادر به دلایلی از دادن خون محروم شده است ؟	بلی ☐	خیر ☐
۸- آیا مادر سابقه ای از بیماریهای زیر را داشته است ؟	بلی ☐	خیر ☐
۹- آیا مادر تاکنون واکسن هپاتیت تزریق کرده اند ؟	بلی ☐	خیر ☐

☐ واسکولیت	☐ پارکینسون	☐ پرکاری تیروئید	☐ تشنج (صرع)
☐ روماتیسم مفصلی	☐ پروسلوزیس (تب مالت)	☐ لوپوس	☐ کرون
☐ میاستنی گراویس (MG)	☐ تیفوئید (حصبه)	☐ کالآزار (سالک احشایی)	☐ لیشمانیوز (سالک)
☐ کولیت اولسراتیو	☐ پاراتیفوئید (شبه حصبه)	☐ کیست هیداتید	☐ مالتیپل اسکلروزیس (MS)
☐ سرطان	☐ عفونت قارچی در دهان	☐ سندرم کاپوسی	☐ زخم و یا عفونت مزمن
☐ اندوکاردیت فعال	☐ زخم یا عفونت پوستی مزمن	☐ سردرد مکرر بررسی نشده	☐ سارکوپیدوز
☐ پسوریازیس	☐ کاردیومیوپاتی عفونی بهبود نیافته	☐ کاهش پلاکت خون و اختلالات پلاکتی	☐ هپاتیت A
☐ کم خونی فقر آهن مقاوم به درمان	☐ توکسوپلاسموزیس	☐ اختلال میلوپرولیفراتیو	

★ **توجه:** در صورت مثبت بودن پاسخ سؤال ۸، در قسمت توضیحات زمان، مدت بیماری، داروهای استفاده شده و مدت درمان را حتما قید فرمایید.

توضیحات:

۹- در طی یک سال اخیر مادر به کدامیک از بیماری های زیر مبتلا گردیده است؟ ☐ هیچکدام

☐ آبله مرغان	☐ سرخجه	☐ سرخک	☐ عفونت با ویروس سیتومگال (CMV)
☐ زونا	☐ لیستریوز	☐ تب خال مکرر یا ادامه دار (بیش از یک هفته)	

نام و نام خانوادگی
تاریخ و امضاء

ویرایش: ده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان IMS-FM-RU002	 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهامی خاص)

۱۰- آیا مادر در **دوران زندگی** سابقه دریافت فاکتورهای انعقادی یا داروهایی با منشاء انسانی مثل هورمون رشد، آلبومین، ایمنوگلوبولین وریدی (IVIG) و برخی از داروهای کمک باروری را داشته است؟ ☐ بلی ☐ خیر

★ **توجه:** در صورت مثبت بودن پاسخ سؤال ۱۰ زمان، داروهای استفاده شده و مدت استفاده از دارو را حتما قید فرمایید.

توضیحات:

۱۱- جواب مثبت کدامیک از آزمایش های زیر را تا کنون داشته اید؟ ☐ هیچکدام

☐ HIV	☐ HTLV	☐ هپاتیت B	☐ هپاتیت C
☐ سیفلیس (VDRL- RPR)			

۱۲- کدامیک از موارد زیر در طی **یک سال اخیر** برای مادر صورت گرفته است؟ ☐ هیچکدام

☐ تزریق خون یا فرآورده های خونی	☐ انجام تاتو Tattoo یا خالکوبی	☐ تماس با سر سوزن آلوده	☐ انجام حجامت
☐ مصرف داروهای روان گردان	☐ درمان برای بیماری آمیزی	☐ استفاده از طب سوزنی	☐ دریافت واکسن هاری
☐ جراحی	☐ واکسیناسیون با ویروس زنده	☐ تزریق ایمونوگلوبین هپاتیت B	☐ دریافت واکسن آبله مرغان
☐ مصرف استروئیدها (کورتون ها)			

۱۳- آیا در **طی بارداری**، بغیر از ویتامین های پره ناتال و ترکیبات آهن و کلسیم (داروهای مکمل و تقویتی) داروی دیگری برای مادر تجویز گردیده است؟ ☐ خیر ☐ بلی (توضیح کامل در مورد نام دارو و مدت استفاده از آن:

۱۴- آیا مادر اخیرا دچار عفونت های تنفسی (سرماخوردگی شدید، انفلوانزا، سینوزیت، گلودرد همراه با تب)، عفونت های ادراری و زنان شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی (نوع عفونت: آیا درمان کامل انجام گردیده است؟ ☐ بلی ☐ خیر)

تذکر مهم

مصرف هرگونه دارو توسط مادر و یا ابتلاء به بیماری که در این پرسشنامه به آن اشاره نشده است را در این قسمت اعلام نمایید.

بدینوسیله اینجانب اعلام می نمایم که تمامی موارد پرسشنامه حاضر را به طور کامل مطالعه نموده و به تمامی بندهای مندرج در این فرم نیز پاسخ صحیح داده و متعهد می گردم چنانچه پس از عقد قرارداد در هر زمانی پاسخی نیاز به اصلاح داشته باشد، سریعاً بانک را مطلع نموده و همچنین اگر در آینده مشخص شود پاسخی سهوا یا عمدا غیر واقعی اعلام شده باشد، شرکت فناوری بن یاخته های رویان را تصمیم گیرنده نهایی در مورد اعلام فسخ قرارداد یا استمرار آن دانسته و شرکت مذکور مجاز می باشد بر اساس فناوری انجام شده بر روی خون بندناف فرزندم، وجه آن را دریافت نماید و اینجانب با آگاهی کامل اعلام می دارم که هیچ اعتراضی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء