

ویرایش: دوازده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان <b>IMS-FM-RU002</b>	
۱ از ۷		

**توجه :**

اطلاعات این پرسشنامه کاملا 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 سئوالات را با مسئول پذیرش در میان بگذارید و انتهای هر صفحه را نیز امضاء نمایید .

تاریخ تکمیل پرسشنامه : .....

محل بارکد

شماره پذیرش مشتری :

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؟

خیر     بلی    ←  
 دفعات سقط:    چند هفتگی:    علت سقط:  
 آیا بررسی علل زمینه ای منجر به سقط صورت گرفته است؟    بلی    خیر   

۵- آیا فرزندی از شما فوت شده است؟

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

۶- آیا سابقه ناباروری وجود داشته است؟

خیر     بلی    ←  
 مدت ناباروری:    علت ناباروری:

۷- آیا بارداری به روش طبیعی بوده است؟

خیر        بلی   

در صورتی که از روشهای کمک باروری استفاده شده است، آیا از هیچیک از موارد ذیل استفاده شده است؟

تخمک اهدایی        اسپرم اهدایی        جنین اهدایی        استفاده از رحم جایگزین ( اجاره ای)   

سایر موارد: .....

در صورت استفاده از روشهای کمک باروری از کدامیک از موارد زیر استفاده شده است؟

سرم آلبومین        سرم IVIG (ایمنوگلوبولین وریدی)        کورتون (پردنیزولون، بتامتازون و...)

سایر داروها با ذکر نام : .....

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

خیر     بلی    ←  
 نسبت بیمار با نوزاد:    نوع بیماری:    سن بیمار:

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

ویرایش: دوازده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان <b>IMS-FM-RU002</b>	
۲ از ۷		

## سؤالات مربوط به خانواده پدری و مادری

۹- 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) سابقه پیوند عضو یا بافت

خیر

بلی

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

### ب) سابقه مشکلات کبدی

خیر

بلی

نسبت بیمار با نوزاد: ..... نوع بیماری : ..... علت زمینه ای: ..... تاریخ شروع بیماری: .....  
در صورت سابقه ی بررسی از نظر هپاتیت های A و B و C و یا سایر علل نتیجه ذکر گردد: .....

۱۰- 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

ترمبوسیتوپنیای ارثی

بیماری گلانژمن

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

### سئوالات مربوط به خانواده نوزاد (پدر، مادر، خواهر، برادر)

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

نسبت فرد دریافت کننده پیوند با نوزاد : ..... چه عضو یا بافتی پیوند شده است؟ ..... تاریخ پیوند : ..... در صورت سابقه ی بررسی از نظر بیماریهای عفونی ( نظیر هپاتیت B، هپاتیت C و ایدز ) نتیجه ذکر شود: .....	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
---	--

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

<input type="checkbox"/> هیپاتیت A <input type="checkbox"/> هیپاتیت B <input type="checkbox"/> هیپاتیت C <input type="checkbox"/> توکسوپلاسموزیس <input type="checkbox"/> سل    نسبت فرد مبتلا با نوزاد ..... زمان ابتلا .....	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
---	--

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

خیر     بلی  
 در صورت داشتن بیماری، لطفا توضیح داده شود .....

### سئوالات مربوط به پدر نوزاد

۱۴- آیا پدر در دوران زندگی، سابقه ای از بیماریهای زیر را داشته است؟

<input type="checkbox"/> سیفیلیس	<input type="checkbox"/> توبرکلوزیس (سل)	<input type="checkbox"/> مالاریا	<input type="checkbox"/> هپاتیت B	<input type="checkbox"/> هپاتیت C
<input type="checkbox"/> تب خال تناسلی	<input type="checkbox"/> زگیل تناسلی	<input type="checkbox"/> ایدز (HIV)	<input type="checkbox"/> HTLV	

خیر     بلی

در صورت دارا بودن هر کدام از موارد فوق اطلاعات زیر تکمیل گردد :

زمان ابتلاء : ..... درمان های استفاده شده : ..... تاریخ بهبودی : .....

۱۵- آیا پدر تاکنون از داروهای زیر (به صورت مستمر) استفاده نموده اید؟

مخدر تزریقی : ..... نام دارو : .....  
 خیر     بلی  
 مکمل های بدن سازی تزریقی: ..... نام دارو : .....  
 خیر     بلی    تاریخ آخرین نوبت مصرف : .....

۱۶- 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 : .....

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 و نام خانوادگی  
تاریخ و امضاء

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

۱۷- آیا **مادر** در دوران زندگی، سابقه ای از بیماریهای زیر را داشته است؟  خیر  بلی

<input type="checkbox"/> سیفلیس	<input type="checkbox"/> توبرکلوزیس (سل)	<input type="checkbox"/> مالاریا	<input type="checkbox"/> هپاتیت B	<input type="checkbox"/> هپاتیت C
<input type="checkbox"/> زگیل تناسلی	<input type="checkbox"/> HTLV	<input type="checkbox"/> ایدز (HIV)	<input type="checkbox"/> سالک احشایی (کالاآزار)	<input type="checkbox"/> سالک جلدی (لیشمانیوز)
<input type="checkbox"/> کیست هیداتید	<input type="checkbox"/> اختلال میلوپرولیفراتیو	<input type="checkbox"/> سرطان	<input type="checkbox"/> سابقه دریافت ایمنوگلوبین های وریدی (IVIG)، آلبومین	<input type="checkbox"/> سابقه دریافت هورمون رشد و فاکتورهای انعقادی
<input type="checkbox"/> لوپوس (SLE)	<input type="checkbox"/> بیماریهای التهابی روده (IBD)، کولیت اولسراتیو، کرون	<input type="checkbox"/> واسکولیت (بهجت، شوکرن و...)	<input type="checkbox"/> مالتیپل اسکلروزیس (MS)	<input type="checkbox"/> میاستنی گراویس (MG)
<input type="checkbox"/> سارکوئیدوز مزمن	<input type="checkbox"/> تب مالت	<input type="checkbox"/> پارکینسون	<input type="checkbox"/> اندوکاردیت فعال	<input type="checkbox"/> تشنج (صرع)
<input type="checkbox"/> پسوریازیس	<input type="checkbox"/> اروماتیسم مفصلی	<input type="checkbox"/> کاهش پلاکت خون و اختلالات پلاکتی	<input type="checkbox"/> کم خونی فقر آهن مقاوم به درمان	<input type="checkbox"/> زخم یا عفونت مزمن
<input type="checkbox"/> سندرم کاپوسی	<input type="checkbox"/> عفونت قارچی در دهان	<input type="checkbox"/> سردرد مکرر بررسی نشده	<input type="checkbox"/> زخم یا عفونت پوستی مزمن	<input type="checkbox"/> سایر بیماریهای با منشاء ناشناخته:

۱۸- آیا مادر سابقه ای از پاپ اسمیر غیر طبیعی دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
۱۹- آیا مادر سابقه انتقال خون داخل رحمی دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
۲۰- آیا مادر سابقه شیمی درمانی یا پرتو درمانی دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
۲۱- آیا مادر به دلایلی از دادن خون محروم شده است؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر

در صورت دارا بودن هر کدام از موارد فوق اطلاعات زیر تکمیل گردد:

زمان ابتلاء: ..... مدت بیماری: ..... داروهای استفاده شده: ..... مدت درمان: .....

۲۲- آیا نتیجه غیر طبیعی در هیچیک از آزمایشهای زیر تاکنون داشته اید؟  هیچکدام

<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> HTLV	<input type="checkbox"/> B هپاتیت	<input type="checkbox"/> C هپاتیت	<input type="checkbox"/> (VDRL- RPR) سیفلیس
------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---

۲۳- آیا **مادر** تاکنون از داروهای زیر (به صورت مستمر) استفاده نموده اید؟

◀ مخدر تزریقی:

خیر  بلی  نام دارو: ..... تاریخ شروع استفاده: ..... مدت زمان استفاده: .....

◀ مکمل های بدن سازی تزریقی:

خیر  بلی  نام دارو: ..... تاریخ شروع استفاده: ..... مدت زمان استفاده: .....

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

ویرایش: دوازده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان	 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهامی خاص)
۵ از ۷	<b>IMS-FM-RU002</b>	

۲۴- آیا مادر تا کنون، داروی خاصی را به طور مداوم مصرف نموده است؟

خیر

بلی  نام دارو: ..... علت مصرف : ..... زمان شروع : ..... زمان پایان : ..... دوز مصرفی: .....

۲۵- آیا مادر سابقه فشارخون بالا داشته است؟

خیر

بلی  سابقه بالا بودن فشار خون قبل از بارداری: دارد  ندارد  سن شروع پرفشاری خون : ..... حداکثر میزان فشارخون : ..... دفع پروتئین : دارد  ندارد   
 ورم اندامها: دارد  ندارد  سردرد، درد سردل، تاری دید، تشنج و...: دارد  ندارد   
 داروی مصرفی: .....

۲۶- آیا مادر سابقه دیابت داشته است؟

خیر

بلی  میزان قند ناشتا : ..... عفونت اداری : دارد  ندارد  عفونت زنان: دارد:  ندارد  سابقه مصرف انسولین حیوانی : دارد:  ندارد   
 داروی مصرفی: .....

۲۷- آیا مادر سابقه ی از مشکلات تیرویدی دارد؟

الف) سابقه کم کاری تیروئید  دارد  ندارد  ب) سابقه پرکاری تیروئید دارد  ندارد

ج) سابقه گره تیروئید (ندول تیروئید) دارد  ندارد  د) سابقه جراحی تیروئید دارد  ندارد

ه) سابقه نمونه برداری و FNA  دارد  ندارد

نام داروهای مصرفی مرتبط با مشکل تیروئید ذکر شود: ..... زمان شروع : ..... زمان پایان : ..... دوز مصرفی: .....

۲۸- آیا مادر سابقه دریافت واکسن هیپاتیت B را در دوران زندگی داشته اند؟

خیر

بلی

تاریخ دریافت: ..... علت دریافت: .....

۲۹- در طی دو سال گذشته تا زمان زایمان مادر به کدامیک از بیماری های زیر مبتلا گردیده است؟  هیچکدام

هیپاتیت A  توکسوپلاسموزیس  پرکاری تیروئید و مصرف داروی متی مازول یا پروپیل تیواوراسیل (PTU)

کدر صورت دارا بودن هر کدام از موارد فوق اطلاعات زیر تکمیل گردد :

زمان ابتلاء : ..... مدت بیماری : ..... داروهای استفاده شده : ..... مدت درمان : .....

۳۰- در طی یک سال گذشته تا زمان زایمان کدامیک از موارد زیر در مادر وجود داشته است؟  هیچکدام

مرغان	نجه	تک	ی درمانی به دلایلی غیر از بدخیمی
<input type="checkbox"/> زونا	<input type="checkbox"/> لیستریوز	<input type="checkbox"/> تب خال مکرر یا ادامه دار ( بیش از یک هفته )	<input type="checkbox"/> دریافت خون و فرآورده های خون
<input type="checkbox"/> حجامت	<input type="checkbox"/> تاتو و خالکوبی	<input type="checkbox"/> تبخال تناسلی ( هرپس ژنتیتال )	<input type="checkbox"/> تماس با سر سوزن آلوده
<input type="checkbox"/> درمان برای بیماری آمیزشی	<input type="checkbox"/> استفاده از طب سوزنی	<input type="checkbox"/> جراحی	<input type="checkbox"/> مصرف استروئیدها ( کورتن ها )
<input type="checkbox"/> تزریق ایمنوگلوبولین عضلانی یا زیرجلدی			

کدر صورت دارا بودن هر کدام از موارد فوق اطلاعات زیر تکمیل گردد :

زمان ابتلاء : ..... مدت بیماری : ..... داروهای استفاده شده : ..... مدت درمان : .....

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

ویرایش: دوازده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان	 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهامی خاص)
۶ از ۷	<b>IMS-FM-RU002</b>	

۳۱- آیا سابقه ای از دریافت واکسن ها ذیل را در طی یکسال اخیر داشته اند؟

<input type="checkbox"/> واکسن ب،ت،ژ تاریخ دریافت : ..... علت دریافت:.....	<input type="checkbox"/> هاری تاریخ دریافت : ..... علت دریافت:.....	<input type="checkbox"/> MMR تاریخ دریافت : ..... علت دریافت:.....	<input type="checkbox"/> کزاز تاریخ دریافت : ..... علت دریافت:.....
<input type="checkbox"/> سایر واکسن ها: تاریخ دریافت : ..... علت دریافت:.....	<input type="checkbox"/> واکسن آبله مرغان تاریخ دریافت : ..... علت دریافت:.....	<input type="checkbox"/> واکسیناسیون با ویروس زنده تاریخ دریافت : ..... علت دریافت:.....	<input type="checkbox"/> سرخک تاریخ دریافت : ..... علت دریافت:.....

۳۲- در طول بارداری تا زمان زایمان مادر به کدامیک از بیماری های زیر مبتلا گردیده است

<input type="checkbox"/> آنفلوآنزا	<input type="checkbox"/> پارا تیفوئید (شبه حصبه)	<input type="checkbox"/> تیفوئید(حصبه)	<input type="checkbox"/> عفونت زنان	<input type="checkbox"/> عفونت ادراری	<input type="checkbox"/> سابقه عفونت با سایتومگالوویروس (CMV)
------------------------------------	--	--	-------------------------------------	---------------------------------------	---

در صورت دارا بودن هر کدام از موارد فوق اطلاعات زیر تکمیل گردد :

زمان ابتلاء : ..... مدت بیماری : ..... داروهای استفاده شده : ..... مدت درمان : .....

۳۴- 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: .....

۳۵- آیا مادر در ماه نهم بارداری دچار عفونت های تنفسی (سرماخوردگی شدید، سینوزیت، گلودرد همراه با تب) شده است؟

خیر  بلی نوع عفونت : ..... آیا درمان کامل انجام گردیده است؟  بلی  خیر

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

ویرایش: دوازده	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان <b>IMS-FM-RU002</b>	 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهامی خاص)
۷ از ۷		

### تذکر مهم

با توجه به گستردگی بیماریها، لطفاً هر نوع بیماری و یا مصرف دارو که در پرسشنامه پزشکی عنوان نشده است را ذکر فرمایید: .....

بدینوسیله اینجانب ..... اعلام می‌نمایم 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 می‌گردم چنانچه پس از عقد قرارداد در هر زمانی پاسخی نیاز به اصلاح داشته باشد، سریعاً شرکت فناوری بن یاخته های رویان را مطلع نموده و همچنین اگر در آینده مشخص شود پاسخی سهواً یا عمداً غیر واقعی اعلام شده باشد، این شرکت را تصمیم گیرنده نهایی در مورد اعلام فسخ قرارداد یا استمرار آن دانسته و شرکت مذکور مجاز می‌باشد بر اساس فناوری انجام شده بر روی خون بندناف فرزندم، وجه آن را دریافت نماید و اینجانب با آگاهی کامل اعلام می‌دارم که هیچ اعتراضی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء