

ویرایش : نه	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 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؟

دفعات سقط:	چند هفتگی:	علت سقط:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
------------	------------	----------	--

۵- آیا فرزندی از شما فوت شده است؟

نسبت کودک فوت شده با نوزاد: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	سن و علت فوت فرزند:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
---	---------------------	--

۶- آیا سابقه ناباروری وجود داشته است؟

مدت ناباروری:	علت ناباروری:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
----------------------	-------------	-----------	--

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

ویرایش : نه	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 <input type="checkbox"/>	فوت شده <input type="checkbox"/>	درمان شده <input type="checkbox"/>
آیا سابقه ارثی از این بیماری در بین خانواده دیده می شود؟		
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	

بیماری سلول داسی شکل

تالاسمی

آنمی فانکونی

آنمی آپلاستیک

ترمیوسیتوپنیای ارثی

بیماری گلاتزمن

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 : نه	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		

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

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

خیر

بلی



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 ؟

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> هیپاتیت A	<input type="checkbox"/> توکسوپلاسموزیس	<input type="checkbox"/> سل	<input type="checkbox"/> نسبت فرد مبتلا با نوزاد	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	نام دارو :	تاریخ شروع استفاده :	مدت زمان استفاده :
مادر:	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> 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
			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

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

مادر: خیر

<input type="checkbox"/> سیفیلیس	<input type="checkbox"/> توبرکلوزیس (سل)	<input type="checkbox"/> مالاریا	<input type="checkbox"/> هیپاتیت (B یا C)
<input type="checkbox"/> ایدز (HIV)	<input type="checkbox"/> تب خال تناسلی	<input type="checkbox"/> زگیل تناسلی	<input type="checkbox"/> 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 : نه	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان	
۴ از ۵	IMS-FM-RU002	

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

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱- آیا مادر تا کنون، داروی خاصی را به طور مداوم مصرف نموده است؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۲- آیا مادر سابقه فشارخون بالا داشته است؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۳- آیا مادر سابقه دیابت داشته است؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۴- آیا مادر سابقه ای از پاپ اسمیر غیر طبیعی دارد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵- آیا مادر سابقه انتقال خون داخل رحمی دارد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶- آیا مادر سابقه شیمی درمانی یا پرتو درمانی دارد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۷- آیا مادر به دلایلی از دادن خون محروم شده است؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۸- آیا مادر سابقه ای از بیماریهای زیر را داشته است؟

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

★ 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

<input type="checkbox"/> عفونت با ویروس سیتومگال (CMV)	<input type="checkbox"/> سرخک	<input type="checkbox"/> سرخجه	<input type="checkbox"/> آبله مرغان
	<input type="checkbox"/> تب خال مکرر یا ادامه دار (بیش از یک هفته)	<input type="checkbox"/> لیستریوز	<input type="checkbox"/> زونا

نام و نام خانوادگی
تاریخ و امضاء

ویرایش : نه	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان	
۵ از ۵	IMS-FM-RU002	

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

*** توجه:** در صورت مثبت بودن پاسخ سوال 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

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

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

<input type="checkbox"/> تزریق خون یا فرآورده های خونی	<input type="checkbox"/> انجام تاتو Tattoo یا خالکوبی	<input type="checkbox"/> تماس با سر سوزن آلوده	<input type="checkbox"/> انجام حجامت
<input type="checkbox"/> مصرف داروهای روان گردان	<input type="checkbox"/> درمان برای بیماری آمیزی	<input type="checkbox"/> استفاده از طب سوزنی	<input type="checkbox"/> دریافت واکسن هاری
<input type="checkbox"/> جراحی	<input type="checkbox"/> واکسیناسیون با ویروس زنده	<input type="checkbox"/> تزریق ایمونوگلوبولین هیپاتیت B	<input type="checkbox"/> دریافت واکسن آبله مرغان
<input type="checkbox"/> 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، آنفلوانزا، 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 بند های مندرج در این فرم نیز پاسخ صحیح داده و متعهد می گردم چنانچه پس از عقد قرار داد 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 فن آوری بن یاخته های رویان را تصمیم گیرنده نهایی در مورد اعلام فسخ قرار داد یا استمرار آن دانسته و شرکت مذکور مجاز می باشد بر اساس فن آوری انجام شده بر روی خون بند ناف 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