



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 سلول های بنیادی خون بند ناف ضروری است. خواهشمند است هرگونه ابهام در پاسخگویی به سوالات را با مسئول پذیرش در میان بگذارید و انتهای هر صفحه را نیز امضاء نمایید.

تاریخ تکمیل پرسشنامه:

محل بارکد

شماره پذیرش مشتری:

نام پدر: تاریخ تولد پدر: کد ملی پدر:

نام مادر: تاریخ تولد مادر: کد ملی مادر:

اطلاعات اولیه خانواده:

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

۲- نوزاد چندمین فرزند شما می باشد؟

۳- جنسیت جنین ذکر شود: ☐ دختر ☐ پسر

۴- آیا فرزندی از شما سقط شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی

دفعات سقط: چند هفتگی: علت سقط:

• آیا دارویی جهت پیشگیری از سقط مصرف شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی (در صورت مصرف ذکر شود)
در صورت بررسی آزمایشگاهی علل سقط، مستندات مربوطه ارسال شود.

۵- آیا سابقه ناباروری وجود داشته است؟ ☐ خیر ☐ بلی

مدت ناباروری: علت ناباروری:

۶- 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: سن بیمار: نوع بیماری:

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

۱- آیا بارداری با روش های کمک باروری بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

• در صورتی که در بارداری فعلی از روش های کمک باروری استفاده شده است، روش آن را مشخص نمایید؟

☐ IVF ☐ IUI ☐ میکرواینجکشن ☐ تخمک اهدایی ☐ اسپرم اهدایی ☐ جنین اهدایی ☐ استفاده از رحم جایگزین (اجاره ای)

• آیا طی روش های بارداری از داروهای زیر استفاده شده است؟

سرم آلبومین ☐ مصرف مترویدین ☐ سرم IVIG (ایمونوگلوبولین وریدی) ☐

کورتون (پردنیزولون، بتامتازون، هیدروکورتیزون، دگزامتازون، نیزوپرد، متیل پردنیزولون و ...) ☐

سایر داروها ذکر شود

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

فرم پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان			 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سپاهی خاص)
RSCT-RU-SOP-001/FM-002			
شماره ویرایش: ۱۵	تاریخ نگارش: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱	تاریخ اعتبار: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱	صفحه: ۲ از ۸

۲- آیا مادر در طول دوران زندگی، سابقه ای از بیماری های زیر را داشته است؟

☐ هیپاتیت B	☐ هیپاتیت C	☐ HTLV	☐ ایدز (HIV)	☐ سیفلیس (VDRL و RPR مثبت)
☐ توپرکلوزیس (سل)	☐ مالاریا	☐ تب مالت (بروسلوز)	☐ سالک احشایی (کالا آزار)	☐ سالک جلدی (لیشمانیوز)
☐ سرطان (بدخیمی)	☐ لوپوس (SLE)	☐ پارکینسون	☐ میاستنی گراویس (MG)	☐ مالتیپل اسکلروزیس (MS)
☐ کیست هیداتید	☐ سندرم کاپوسی	☐ واسکولیت (بهجت، شوگرن و ...)	☐ سابقه دریافت کنستانتره خونی مشتق از پلاسما	☐ سارکوئیدوز مزمن
☐ پلاسما درمانی	☐ سابقه دریافت کنستانتره خونی مشتق از پلاسما	☐ نوریت اپتیک	☐ سابقه مصرف سرم آلبومین	
☐ بیماری های التهابی روده (IBD)، کولیت اولسراتیو، کرون				
☐ اختلال میلوپرولیفراتیو				
☐ شیمی درمانی یا پرتو درمانی (جهت درمان بدخیمی یا سرطان)				
☐ سابقه مصرف ایمونوگلوبین وریدی (IVIG)				
☐ پیوند عضو یا بافت (با منشاء غیر از مادر)				
☐ هیچکدام				
سایر بیماری های با منشاء ناشناخته ذکر شود:				

۳- آیا در مادر سابقه فشارخون بالا وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

- سابقه بالا بودن فشار خون قبل از بارداری: ☐ ندارد ☐ دارد
سن شروع پرفشاری خون:
- آیا در حال حاضر فشار خون مادر کنترل شده است: ☐ بلی ☐ خیر
- دفع پروتئین در ادرار: ☐ ندارد ☐ دارد آزمایش ۲۴ ساعته ادرار (دفع پروتئین) ارسال شود.
- ورم اندام ها: ☐ ندارد ☐ دارد سردرد، درد سردل، تاری دید، تشنج و ...: ☐ ندارد ☐ دارد
- مسومیت بارداری (پره کلامپسی): ☐ ندارد ☐ دارد
- تغییر در آنزیم های کبدی: ☐ ندارد ☐ دارد آزمایش آنزیم های کبدی ارسال شود.
- تغییرات آزمایش CBC (افت هموگلوبین و یا کاهش تعداد پلاکت و ...): ☐ ندارد ☐ دارد آزمایش CBC ارسال شود.
- داروی مصرفی:

۴- آیا در مادر سابقه دیابت وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

- تاریخ شروع: نام داروی مصرفی جهت کنترل قند خون:
- سابقه مصرف انسولین حیوانی (گاوی - خوک) قبل از سال ۱۳۷۵: ☐ ندارد ☐ دارد
 - سابقه عفونت ادراری در طی سه ماه آخر بارداری: ☐ ندارد ☐ دارد آخرین آزمایش کشت ادرار بعد از یک هفته از قطع دارو ارسال شود (بارگذاری شود).
 - نام دارو جهت درمان عفونت ادراری: تاریخ اتمام دوره درمان:
 - عفونت زنان در طی سه ماه آخر بارداری: ☐ ندارد ☐ دارد نامه از پزشک مبنی بر عدم عفونت زنان ارسال شود (بارگذاری شود).
 - نام دارو جهت درمان عفونت زنان: تاریخ اتمام دوره درمان:
 - آیا قند خون کنترل شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۵- آیا در مادر سابقه ای از مشکلات تیروئید وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

- سابقه کم کاری تیروئید یا مصرف لووتیروکسین: ☐ ندارد ☐ دارد
- سابقه بیماری هاشیموتو: ☐ ندارد ☐ دارد
- سابقه بیماری گریوز: ☐ ندارد ☐ دارد
- سابقه مصرف متی مازول یا پروپیل تیواراسیل (PTU) طی دو سال اخیر به علت پرکاری تیروئید: ☐ ندارد ☐ دارد
- سابقه گره تیروئید (ندول تیروئید): ☐ ندارد ☐ دارد

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

فرم پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان			 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهایی خاص)
RSCT-RU-SOP-001/FM-002			
شماره ویرایش: ۱۵	تاریخ نگارش: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱	تاریخ اعتبار: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱	صفحه: ۳ از ۸

- سابقه نمونه برداری (FNA): ندارد ☐ دارد ☐ (نتیجه پاتولوژی نمونه برداری ارسال شود).
- سابقه جراحی تیروئید: ندارد ☐ دارد ☐ (نتیجه پاتولوژی یا خلاصه پرونده ارسال شود).
- سابقه مصرف کورتن جهت درمان بیماری التهاب تیروئید (تیروئیدیت) در طی یکسال اخیر: خیر ☐ بلی ☐
- سابقه ید درمانی در طی یکسال و نیم اخیر: ندارد ☐ دارد ☐

- ۶- آیا در مادر سابقه پسوریازیس وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐ نواحی درگیری پوستی ذکر شود
- آیا درگیری پوستی در ناحیه تناسلی وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐ نامه از پزشک مبنی بر عدم التهاب و عفونت در ناحیه پرینه ارسال شود.
 - سابقه درگیری مفصلی: بلی ☐ خیر ☐
 - سابقه مصرف کدامیک از داروهای زیر در مادر وجود داشته است:

مصرف تیگازون یا آسیترتین در طی زندگی	نئوتیگازون در طی دو سال اخیر	آلتبرل در طی یکسال اخیر
متوتروکسات (MTX) در طی یکسال اخیر	مصرف کورتن در طی یکسال اخیر	
سایر داروهای مصرفی:		

- آیا در حال حاضر بر روی ضایعات عفونت وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐

- ۷- آیا سابقه ای از تشنج در مادر وجود داشته است؟ خیر ☐ بلی ☐

علت زمینه ای ذکر شود: درمان / داروهای دریافتی: تاریخ شروع دریافت: تاریخ اتمام دریافت:

- کدامیک از داروهای زیر در طی بارداری استفاده شده است:

☐ لوبل (لوتیراستام)	☐ کاربامازپین (تگرتول)	☐ دپاکین	☐ توپیرامات (توپامکس)	☐ گاباپنتین	☐ فنوباریتال
☐ فنی توئین		☐ لاموتریزین			
<u>(در صورت مصرف لاموتریزین آزمایش CBC diff هفته آخر بارداری ارسال شود)</u>					
سایر داروهای مصرفی:					

- ۸- آیا سابقه ای از بیماری و جراحی های مغز و اعصاب در مادر وجود داشته است؟ ☐ هیچکدام

صرع	ضربه مغزی	تومور مغزی و نخاعی	جراحی مغز و نخاع
سردردهای مکرر بررسی نشده با علت نامشخص	سایر بیماری های زمینه ای (مغز و اعصاب)		

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

زمان ابتلاء: تاریخ بهبودی: درمان های دریافتی:

- ۹- آیا در مادر سابقه روماتیسم مفصلی وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐

- آیا از نوع روماتیسم مفصلی خود مطلع هستید؟ خیر ☐ بلی ☐ نوع روماتیسم:
- داروی مصرفی: زمان شروع دارو: زمان پایان دارو:
- مقدار مصرف:

- ۱۰- آیا در مادر سابقه ای از اختلالات پلاکتی وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐ (به سوالات زیر پاسخ داده شود).

- ترمبوسیتوز (افزایش پلاکت): خیر ☐ بلی ☐

- ترمبوسیتوپنی (کاهش پلاکت): خیر ☐ بلی ☐

- آیا سابقه کاهش پلاکت از قبل از بارداری وجود دارد؟

- خیر ☐ در صورتیکه پاسخ سوال خیر می باشد: آزمایش CBC (شمارش سلول های خونی) ارسال شود. بلی ☐

- آیا سابقه دریافت درمان های ذیل جهت افت پلاکت در طول زندگی وجود داشته است؟

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

فرم پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان RSCT-RU-SOP-001/FM-002		 شرکت فناوری بن پخته های رویان (سهایی خاص)
شماره ویرایش: ۱۵	تاریخ نگارش: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱	تاریخ اعتبار: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱
صفحه: ۴ از ۸		

سابقه جراحی طحال در طول زندگی ☐ سابقه دریافت ایمنوگلوبین وریدی در طول زندگی ☐ تعویض پلاسما ☐

• آیا طی دو سال اخیر درمانی جهت افت پلاکت داشته است؟ خیر ☐ بلی ☐

کدام یک از درمان‌های ذیل دریافت شده است؟

دریافت پلاکت ☐ دریافت کورتن ☐ سایر (ذکر شود)

۱۱- آیا سابقه‌ای از پاپ اسمیر غیر طبیعی وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐ نامه از پزشک مبنی بر تشخیص ضایعه پاپ اسمیر و عدم سابقه بدخیمی و بهبودی کامل ضایعه یا مستندات ضایعه ارسال شود.

در صورتی که پاسخ بلی است به سوالات زیر پاسخ داده شود

• آیا جهت مشکل فوق درمانی صورت گرفته است؟ خیر ☐ بلی ☐

• آیا نیاز به پیگیری درمان پس از زایمان وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐ توضیح داده شود:

۱۲- آیا سابقه بیماری تالاسمی در والدین وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐

• تالاسمی مینور: مادر ☐ پدر ☐ در صورتی که هر دو والد مینور باشند: ارسال نتایج بررسی جنین از لحاظ تالاسمی

در صورتی که یکی از والدین سابقه مینور داشته باشند: ارسال گواهی پزشک در ۲ سالگی کودک مبنی بر وضعیت تالاسمی در کودک

• تالاسمی ماژور: مادر ☐ پدر ☐

۱۳- آیا مادر سابقه ای از سنگ کیسه صفرا داشته است؟ خیر ☐ بلی ☐ (به سوالات زیر پاسخ داده شود)

• آیا جراحی کیسه صفرا انجام شده است خیر ☐ بلی ☐ (پاتولوژی و خلاصه پرونده جراحی ارسال شود)

• آیا سنگ کیسه صفرا در حال حاضر دارای علائم (درد پهلوی، دل درد، تهوع، استفراغ) می‌باشد؟ خیر ☐ بلی ☐

• آیا سابقه‌ای از کم خونی‌های ارثی نظیر اسفروسیتوز ارثی در مادر وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐

۱۴- آیا در مادر سابقه پیوند عضو یا بافت از مادر به خود وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐

• علت پیوند: زمان پیوند:

۱۵- آیا در مادر سابقه جراحی وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐ پاتولوژی یا خلاصه پرونده ارسال شود.

• علت جراحی: تاریخ جراحی:

• آیا عوارضی پس از جراحی رخ داده است؟ خیر ☐ بلی ☐ در صورت بلی توضیح دهید:

• آیا نیاز به پیگیری مرتب پس از جراحی داشته است؟ خیر ☐ بلی ☐

• آیا محل جراحی بهبودی کامل یافته است؟ خیر ☐ بلی ☐

۱۶- آیا در طی دو سال گذشته تا زمان زایمان مادر سابقه مشکوک بالینی یا آزمایشگاهی به توکسوپلاسموزیس داشته است؟

خیر ☐ بلی ☐ آزمایشات مرتبط با توکسوپلاسموزیس ارسال شود.

• آیا موارد زیر در رابطه با مادر طی دو سال اخیر وجود داشته است؟

سابقه نگهداری حیوانات خانگی ☐	سابقه مصرف گوشت نپخته و نیم پز ☐	سابقه بیماری‌های تبار ☐
سابقه بزرگی غدد لنفاوی ☐	درگیری چشمی و یا مغزی به علت توکسوپلاسم ☐	سابقه سقط ☐

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

فرم پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان RSCT-RU-SOP-001/FM-002			 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهایی خاص)
شماره ویرایش: ۱۵	تاریخ نگارش: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱	تاریخ اعتبار: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱	صفحه: ۵ از ۸

۱۷- در طی یک سال گذشته تا زمان زایمان کدامیک از موارد زیر در مادر وجود داشته است: ☐ هیچکدام

☐ آبله مرغان	☐ سرخج	☐ لیستریوز
☐ هپاتیت A	☐ زگیل تناسلی (Wart)	☐ تبخال تناسلی (هرپس ژنیتال)
☐ زونا	☐ سابقه عفونت با سایتومگالوویروس (CMV)	
☐ دریافت خون و فراورده های خونی		
☐ تزریق ایمنوگلوبولین زیرجلدی و عضلانی طی یکسال گذشته در صورت دارا بودن هر کدام از موارد فوق اطلاعات زیر تکمیل گردد: علت تزریق: نوع ایمنوگلوبولین: تاریخ تزریق:		
☐ کرونا ☐ آنفولانزا در صورت دارا بودن سابقه کرونا و آنفولانزا طی یکسال گذشته اطلاعات زیر تکمیل گردد: تاریخ ابتلاء: تاریخ بهبودی کامل (بدون هیچ علائمی): علائم بیماری: درمان و داروهای استفاده شده جهت کرونا و آنفولانزا طی یکسال اخیر:		

۱۸- آیا در مادر سابقه ای از سنگ کلیه در طی بارداری وجود داشته است؟ ☐ خیر ☐ بلی (به سوالات زیر پاسخ داده شود)

- آیا سنگ کلیه دارای علائم (درد پهلوی، دل درد، تهوع، استفراغ) می باشد؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ کشت ادرار آزمایش کشت ادرار در طی ۴۸ ساعت آخر بارداری انجام و ارسال شود.
- آیا سنگ کلیه نیاز به بررسی و پیگیری پس از زایمان دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی
- آیا سابقه عفونت ادراری طی سه ماه آخر بارداری وجود داشته است؟ ☐ خیر ☐ بلی تاریخ اتمام آنتی بیوتیک:

۱۹- آیا در مادر سابقه تبخال در صورت و دهان در طی بارداری وجود داشته است؟ ☐ خیر ☐ بلی

- آیا اولین حمله تبخال در طول زندگی در همین بارداری رخ داده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
- آیا در حال حاضر تبخال بهبود نیافته (ترشح یا سوزش) وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

۲۰- مادر در طی ۶ ماه گذشته تا زمان زایمان کدامیک از موارد زیر را انجام داده اند؟ ☐ هیچکدام

☐ زانو درمانی	☐ حجامت	☐ طب سوزنی
☐ تاتو	☐ هاشور	☐ میکروپیلیدینگ
☐ میکروپیگمنتیشن	☐ پیرسینگ (سوراخ کردن)	
هر نوع آرایش دائمی دیگر ذکر شود		

۲۱- مادر در طی ۳ ماه گذشته تا زمان زایمان کدامیک از موارد را استفاده کرده است؟ ☐ بوتاکس ☐ ژل ☐ هیچکدام

۲۲- آیا مادر در طی یک ماه اخیر سابقه ای از عفونت های زیر داشته است؟ ☐ هیچکدام

عفونت ادراری ☐	عفونت زنان ☐	عفونت تنفسی و سینوسی ☐	اسهال ☐
نام دارو:	نام دارو:	نام دارو:	تاریخ شروع اسهال:
تاریخ اتمام آنتی بیوتیک:	تاریخ اتمام دارو:	تاریخ اتمام دارو:	تاریخ بهبودی اسهال:
		تاریخ بهبودی:	نام دارو:

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

فرم پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان			 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهایی خاص)
RSCT-RU-SOP-001/FM-002			
شماره ویرایش: ۱۵	تاریخ نگارش: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱	تاریخ اعتبار: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱	صفحه: ۶ از ۸

آخرین آزمایش کشت ادرار یک هفته یا بیشتر از پایان درمان ارسال شود.	نام یک هفته پس از اتمام درمان از پزشک مبنی بر عدم عفونت زنان ارسال شود.	تاریخ اتمام آنتی بیوتیک:
--	--	--------------------------------

۲۳- آیا مادر سابقه ای از تیفوئید (حصبه) یا پاراتیفوئید (شبه حصبه) در طی دو هفته آخر بارداری داشته است؟ ☐ خیر ☐ بلی

داروها

۱- آیا مادر تاکنون از داروهای کورتن نظیر (پردنیزولون، بتامتازون، هیدروکورتیزون، دگزامتازون، نیزوپرید، متیل پردنیزولون و ...) استفاده نموده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
علت مصرف:

تکمیل ریه جنین ☐ استفاده از روش های کمک باروری نظیر IVF/IUI و ... ☐ بیماری های خود ایمنی مادر ☐
بیماری های روماتیسمی ☐ افت پلاکت ☐ آلرژی ☐ کرونا ☐ سایر علل:
در صورت دارا بودن هر کدام از موارد فوق اطلاعات زیر تکمیل گردد:
تعداد قرص یا آمپول مصرفی: دوز دریافتی (میلی گرم): فاصله دریافت بین هر نوبت:
نوع کورتن: تاریخ شروع: تاریخ پایان:
• سابقه مصرف کورتن دیگر در طی یکسال اخیر ☐ خیر ☐ بلی
علت مصرف: نام کورتون: دوز مصرفی: تاریخ شروع:
تاریخ پایان:
• آیا بنا بر صلاحدید پزشک نیاز به دریافت کورتن دیگر تا زایمان می باشد؟ ☐ خیر ☐ بلی
مقدار و نام کورتن ذکر شود:

۲- آیا مادر تاکنون از داروهای مخدر تزریقی استفاده نموده است؟ ☐ خیر ☐ بلی

نام دارو: علت مصرف: مدت زمان استفاده:

۳- آیا مادر تاکنون از داروهای بدنسازی تزریقی استفاده نموده است؟ ☐ خیر ☐ بلی

نام دارو: تاریخ شروع استفاده: مدت زمان استفاده:

۴- آیا مادر در طی بارداری سابقه مصرف آسپرین (ASA)، هپارین، انکسپارین یا سلکسان را داشته است؟ ☐ خیر ☐ بلی

• علت مصرف: سن بالای مادر ☐ وزن بالای مادر ☐ بالا بودن فشار شریان رحمی ☐ افزایش خون رسانی به جنین ☐
سابقه سقط ☐ سابقه فشار خون بالا ☐ سابقه اختلالات انعقادی ☐ (آزمایشات مرتبط ارسال شود)
سابقه DVT ☐ (نامه از پزشک مبنی بر علت زمینه ای منجر به DVT و عدم سابقه بدخیمی در مادر ارسال شود)
سایر علل:

۵- مادر سابقه مصرف کدام یک از داروهای زیر در طی بارداری فعلی را داشته است؟ ☐ هیچکدام

الانزاپین ☐	سوداک ☐	فاوی پیراویر ☐	کوئتیاپین ☐	کلروپرومازین ☐	کلومی پرامین ☐	پرومتازین ☐
هالوپریدول ☐	تری فلوئوپرازین ☐	دوکسی پین ☐	تامی فلو ☐	رمدسیور ☐	اکتترا ☐	اورسوفار (اورسودیول/UDCA) ☐

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

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

فرم پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان			 شرکت فناوری بن یاخته های رویان (سهامی خاص)
RSCT-RU-SOP-001/FM-002			
شماره ویرایش: ۱۵	تاریخ نگارش: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱	تاریخ اعتبار: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱	صفحه: ۷ از ۸

علت مصرف: مقدار مصرف: مدت مصرف:

۶- آیا مادر طی یک هفته اخیر سابقه ای از مصرف آنتی بیوتیک داشته اند؟ ☐ خیر ☐ بلی (به سوالات زیر پاسخ داده شود)

• علت مصرف آنتی بیوتیک: تاریخ اتمام آنتی بیوتیک: نوع آنتی بیوتیک ذکر شود:

واکسن ها

۱- مادر سابقه ای دریافت کدام یک از واکسن های ذیل را در بارداری فعلی داشته است؟ ☐ هیچکدام

☐ سرخک تاریخ دریافت: علت دریافت:	☐ MMR تاریخ دریافت: علت دریافت:	☐ آبله مرغان تاریخ دریافت: علت دریافت:	☐ واکسن ب،ت،ژ تاریخ دریافت: علت دریافت:	☐ هپاتیت B تاریخ دریافت: علت دریافت:
☐ کزاز تاریخ دریافت: علت دریافت:	☐ واکسیناسیون با ویروس زنده نام واکسن: تاریخ دریافت: علت دریافت:	☐ هاری تاریخ دریافت: علت دریافت:	☐ واکسن کرونا نام واکسن: تاریخ آخرین دوز دریافت:	

۲- آیا مادر سابقه دریافت واکسن هپاتیت B را در دوران زندگی داشته اند؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم اطلاع

سوالات پزشکی مربوط به پدر نوزاد

۱- آیا پدر سابقه ای از بیماری های زیر را داشته است: ☐ هیچکدام

☐ سیفیلیس	☐ توبرکلوزیس (سل)	☐ مالاریا	☐ زگیل تناسلی طی یکسال اخیر	☐ تب خال تناسلی طی یکسال اخیر
☐ هپاتیت C	☐ هپاتیت B	☐ ایدز (HIV)	☐ HTLV	☐ سایر بیماری های منتقله از راه جنسی

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

زمان ابتلا: تاریخ بهبودی: درمان های دریافتی:

۲- پدر تاکنون از کدام یک از درمان یا داروهای زیر استفاده نموده است؟ ☐ هیچکدام

☐ مخدر نام دارو:	☐ هورمون رشد (سوماتروپین) تاریخ دریافت:	☐ پلاسما درمانی تاریخ دریافت:
☐ مصرف IVIG (ایمنوگلوبولین وریدی) تاریخ دریافت:	☐ سرم آلبومین تاریخ دریافت:	☐ سابقه مصرف کنستانتتره های خونی مشتق از پلاسما تاریخ دریافت:

۳- آیا فرزندی از شما فوت شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی

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

۴- آیا در پدر سابقه پیوند عضو یا بافت وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

علت پیوند: زمان پیوند: منشاء اهدایی (خود پدر یا بستگان و افراد غریبه) ذکر شود:

عوارض عفونی پیوند ☐ هپاتیت B ☐ هپاتیت C ☐ ایدز ☐ HTLV ☐ سایر عفونت ها:

۵- آیا سابقه ابتلا به سیروز کبدی و کبد چرب در پدر وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

علت زمینه ای کدامیک از موارد می باشد: ☐ هپاتیت ویروسی (B, C) ☐ هپاتیت اتوایمیون ☐ سایر موارد ذکر شود:

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

فرم پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان			
RSCT-RU-SOP-001/FM-002			
شماره ویرایش: ۱۵	تاریخ نگارش: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱	تاریخ اعتبار: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱	صفحه: ۸ از ۸

۶- آیا سابقه کم خونی‌های ارثی اعم از (سیکل سل یا کم خونی داسی شکل، تالاسمی و...) در پدر وجود دارد؟ خیر ☐ بلی ☐
 نوع بیماری ذکر شود:

۷- آیا پدر سابقه دریافت خون و فرآورده‌های خونی در طی یکسال اخیر داشته است؟ خیر ☐ بلی ☐
 علت زمینه ای ذکر شود:

۸- در صورت سابقه هر نوع بیماری دیگری در پدر ذکر شود:

۹- آیا سابقه‌ی بیماری فاویسم در افراد ذیل وجود دارد؟ هیچکدام ☐
 مادر ☐ پدر ☐ خواهر نوزاد ☐ برادر نوزاد ☐ دایی نوزاد ☐ خاله نوزاد ☐
 در صورت ابتلا در هریک از افراد فوق الذکر کدام یک از موارد روبرو برای نامبرده انجام شده است؟ سابقه بستری ☐ سابقه تعویض خون ☐
 جنسیت جنین ذکر شود: دختر ☐ پسر ☐

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

نام و نام خانوادگی
 تاریخ و امضاء

بدینوسیله اینجانب دارای کد ملی 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 پیانته‌های 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 بند ناف فرزندم، وجه آن را عودت ننماید و اینجانب با آگاهی کامل اعلام می‌دارم که هیچ اعتراضی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی
 تاریخ و امضاء