

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

شماره پذیرش مشتری: محل بارکد

تاریخ تکمیل پرسشنامه:

۱- نام پدر:

تاریخ تولد پدر:

نام مادر:

تاریخ تولد 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: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی چند هفتگی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی علت سقط: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا بررسی علل زمینه ای منجر به سقط صورت گرفته است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
--	---

۵- آیا فرزندی از شما فوت شده است؟

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

۷- آیا بارداری به روش طبیعی بوده است؟

خیر بلی

در صورتی که در بارداری فعلی 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:

سابقه مصرف هر یک از فرآورده های دارویی زیر در طول زندگی ذکر گردد:

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؟

نسبت بیمار با نوزاد: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی نوع بیماری: <input type="checkbox"/> سن بیمار:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
--	---

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

سئوالات 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 C و B و A 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 گلاتزنمن

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 هیپاتیت B، هیپاتیت 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 ؟

هیپاتیت A <input type="checkbox"/> هیپاتیت B <input type="checkbox"/> هیپاتیت C <input type="checkbox"/> توکسوپلاسموزیس <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> 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؟

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

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 استفاده نموده است؟

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

۱۶- 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:
مادر:	<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 و نام خانوادگی
تاریخ و امضاء

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

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"/> روماتیسم 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:

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

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 آزمایشهای زیر را تاکنون داشته است؟ 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 استفاده نموده است؟

< مخدر :

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

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

خیر

بله نام دارو: علت مصرف: زمان شروع: زمان پایان: دوز مصرفی:

۲۵- آیا مادر سابقه فشارخون بالا داشته است؟

خیر

بله 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 مسومیت بارداری دارد ندارد
 تغییر در آنزیمهای کبدی دارد ندارد تغییرات آزمایش CBC (افت هموگلوبین و یا کاهش تعداد پلاکت و...) دارد ندارد
 داروی مصرفی:

۲۶- آیا مادر سابقه دیابت داشته است؟

خیر بله تاریخ شروع ابتلاء:

آخرین 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
 (و) سابقه مصرف کورتن جهت بیماری تیروئید دارد ندارد
 نام داروهای مصرفی مرتبط با مشکل تیروئید ذکر شود: زمان شروع: زمان پایان:

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

خیر

بله

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)

در 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

<input type="checkbox"/> آبله مرغان	<input type="checkbox"/> سرخچه	<input type="checkbox"/> سرخک	<input type="checkbox"/> شیمی درمانی به دلایلی غیر از بدخیمی
<input type="checkbox"/> درمان برای بیماری آمیزشی	<input type="checkbox"/> لیستریوز	<input type="checkbox"/> تب خال مکرر یا ادامه دار (بیش از یک هفته)	<input type="checkbox"/> تبخال تناسلی (هرپس زینتال)
<input type="checkbox"/> جراحی	<input type="checkbox"/> مصرف استروئیدها (کورتن ها)	<input type="checkbox"/> تماس با سر سوزن آلوده	<input type="checkbox"/> تزریق ایمنوگلوبولین عضلانی یا زیرجلدی
<input type="checkbox"/> زونا			

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

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

تاتو حجامت استفاده از طب سوزنی دریافت خون و فرآورده های خون

زالو درمانی

تاریخ دقیق آخرین نوبت انجام فرآیند: علت انجام آن: نام مرکز انجام فرآیند ذکر شود:

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

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

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

<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:

۳۳- 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:

۳۴- آیا مادر در ماه نهم بارداری دچار عفونت های تنفسی (سرماخوردگی، سینوزیت، گلودرد، آبریزش بینی، سرفه و...) شده است؟

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

۳۵- آیا در طی بارداری سابقه ای از بیماری کرونا در مادر وجود داشته است؟

خیر بلی تاریخ شروع علائم: تاریخ بهبودی کامل:

۳۶- آیا در طی بارداری علائم بالینی و یا آزمایشگاهی مشکوک به بیماری کرونا در مادر وجود داشته است؟

توضیح: علائم بالینی و آزمایشگاهی مشکوک شامل: تب، سرفه، تنگی نفس، سردرد، کاهش حس بویایی و چشایی، سی تی اسکن ریه، تستهای آزمایشگاهی شامل PCR و ... می باشد.

خیر بلی تاریخ شروع علائم: تاریخ بهبودی کامل علائم:

۳۷- آیا در طی بارداری سابقه ای از تماس نزدیک با فرد مبتلا به کرونا و یا فرد دارای علائم بالینی و یا آزمایشگاهی مشکوک به کرونا در

مادر وجود داشته است؟

خیر بلی تاریخ تماس مادر با فرد مذکور: تاریخ شروع علائم در فرد مذکور:

تاریخ بهبودی کامل علائم در فرد مذکور:

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

ویرایش: چهاردهم	پرسشنامه اطلاعات پزشکی متقاضیان عضویت در بانک خون بند ناف رویان IMS-FM-RU002	 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 در والدین 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.

نکته: احتمال تغییر در دستورالعمل مرتبط با بیماریها با توجه به احتمال تغییرات در دستورالعمل‌های آتی بین المللی می باشد.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء