

Aveți sau ați avut vreodată hepatită sau icter ?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Ați fost vreodată tratat/ă pentru tuberculoză, malarie, sifilis, bruceloză, boala Chagas?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați data și motivul:		
Ați suferit vreodată de febră reumatică?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Suferiți de vreo boală cardio-vasculară?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați afecțiunea:		
Ați suferit vreun accident vascular cerebral?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Ați avut sau aveți tensiune arterială mare/mică?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați:		
Suferiți de astm?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Suferiți de vreo alergie?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați:		
Ați avut vreodată convulsii, epilepsie sau boli ale sistemului nervos?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați:		
V-ați pierdut vreodată cunoștința ?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați:		
Ați avut vreodată crize de tetanie sau spasmodii ?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Ați luat vreodată tratamente antidepresive sau pentru alte tulburări psihice?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați:		
Suferiți de diabet?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Suferiți de vreo boală endocrină?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați		
Suferiți de vreo boală digestivă?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați		
Suferiți sau ați suferit de vreo boală de plămâni?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați		
Suferiți de anemie sau de altă boală de sânge ?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați		
Ați avut vreodată tromboză, flebită, sângerări anormale?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Suferiți de vreo afecțiune renală sau urinară?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați		
Sunteți sau ați fost vreodată tratat/ă de o tumoră?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați		
Ați suferit vreodată sângerări necontrolate?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Suferiți de vreo afecțiune a coloanei vertebrale?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați		
Ați suferit vreodată de vreo problemă mentală (inclusiv depresie)?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>

C. Întrebări legate de riscul la anestezie

Există, în familia dumneavoastră, persoane cu probleme de inimă, cerebro-vasculare, de coagulare, alergii, boli cronice, cancere?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, precizați:		
Vi s-a făcut vreodată o anestezie?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Dacă da, ați avut complicații sau reacții adverse?		
Vreunul din membrii familiei dumneavoastră a avut complicații sau reacții adverse la anestezie?	Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>

D. Întrebări legate de boli infecțioase:

Ați suferit în ultimul an de una din următoarele boli sau ați avut simptome cum ar fi:

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. SIDA/ infecție HIV | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 2. Icter sau hepatită | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 3. Malarie | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 4. Bruceloză | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 5. Boala Chagas | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 6. Sifilis | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 7. Tuberculoză | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |

E. Întrebări legate de riscul infectării cu HIV/ HBV/ HCVAți citit și ați înțeles informațiile cu privire la SIDA (infecție HIV) și hepatită? Da Nu Ați folosit vreodată substanțe injectabile care NU au fost prescrise de un medic? Da Nu În ultimile 12 luni ați avut comportamente la risc (contact sexual cu cineva care se droghează, contacte sexuale cu parteneri multipli, tatuaj, piercing, acupunctură)? Da Nu Ați fost expus/ă la infecții cum ar fi hepatită, HIV/SIDA sau alte boli transmisibile prin sânge, prin contactul cu un membru de familie sau prin munca dumneavoastră? Da Nu **F. Întrebări referitoare la riscul de boală Creutzfeldt-Jakob**Cunoașteți cazuri de boala Creutzfeldt-Jakob în familia dumneavoastră? Da Nu Ați primit vreodată o grevă/ un transplant? Da Nu

Dacă da, precizați:.....

Ați făcut vreodată tratament cu extracte de pituitară umană? Da Nu **G. Alte aspecte**Ați fost la stomatolog în ultimile 6 luni ? Da Nu Ați fost vreodată însărcinată? Da Nu

Dacă da, câte nașteri ați avut? câte avorturi ați avut?

Sunteți însărcinată sau sunteți lăuză? Da Nu Ați fost în străinătate în ultimile 6 luni ? Da Nu

Dacă da, precizați data și țara:.....

Există alte aspecte, inclusiv de sănătate, care v-ar împiedica să fiți donator/oare? Da Nu

Dacă da, precizați:.....

Aveți întrebări sau observații? Da Nu

Dacă da, precizați:

Nume și prenume donator/donatoare

Nume și prenume reprezentant/ă
Centrul Donatorilor de Celule Stem Hematopoietice.....
Semnătura
Semnătura

Data

Data