

اظهارنامه بهداشتی جهت اهدای خون بند ناف

Enhetsnummer plats för etikett:

| | |
|---|--|
| Mor, Namn: نام مادر: | Far, Namn: نام پدر: |
| Mor, Personnr: شماره شناسائی فردی نام مادر: | Far, Personnr: شماره شناسائی فردی نام پدر: |
| Etnicitet mor: قومیت/پیشینه قومی نام مادر: | Etnicitet far: قومیت/پیشینه قومی نام پدر: |

| شماره | به همه سنوالات بر اساس آنچه می دانید پاسخ دهید | خیر (NEJ) | بله (JA) |
|-------|---|--------------|-------------|
| 1 | آیا حاملگی شما نتیجه اهدای اسپرم یا تخمک است؟ | | |
| 2 | آیا شما و یا پدر کودک فرزندخوانده های اولیای خود بوده اید؟ | | |
| 3 | آیا شما یا پدر فرزند از نظر خونی با هم نسبتی دارید؟ | | |
| 4 | آیا شما دارو مصرف می کنید و یا در طی حاملگی به جز ویتامین و آهن دارویی مصرف می کردید؟ | | |
| 5 | آیا هیچ گونه بیماری ارثی در شما یا خواهر و برادرانتان، درخواهر و برادران فرزندتان، در پدر کودک و یا خواهر و برادران او، و یا در پدر بزرگ ها و مادر بزرگ های کودک وجود دارد؟ | | |
| 6 | آیا هیچگونه بیماری خونی، اختلال در سیستم ایمنی و یا خونتراوی (هموفیلی) در شما یا خواهر و برادرانتان، درخواهر و برادران فرزندتان، در پدر کودک و یا خواهر و برادران او، و یا در پدر بزرگ ها و مادر بزرگ های کودک وجود دارد؟ | | |
| 7 | آیا بیماری ارثی استخوان اوستیوپتروسیس در شما یا خواهر و برادرانتان، درخواهر و برادران فرزندتان، در پدر کودک و یا خواهر و برادران او، و یا در پدر بزرگ ها و مادر بزرگ های کودک وجود دارد؟ | | |
| 8 | آیا هیچگونه بیماری متابولیک ارثی در شما یا خواهر و برادرانتان، درخواهر و برادران فرزندتان، در پدر کودک و یا خواهر و برادران او، و یا در پدر بزرگ ها و مادر بزرگ های کودک وجود دارد؟ | | |
| 9 | آیا شما، پدر و یا خواهر و برادرهای کودک سرطان یا بیماری خطرناک دیگری داشته اید که نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشته باشد؟ | | |
| 10 | آیا شما، پدر و یا خواهر و برادرهای کودک HIV یا هپاتیت داشته اید؟ | | |
| 11 | آیا نتیجه تست HIV؛ هپاتیت و سیفلیس که در طی حاملگی از شما گرفته شده است منفی بوده است؟ | | |
| 12 | آیا در طی شش ماه اخیر خارج از سیستم مراقبت بهداشتی سوند با طب سوزنی معالجه شده اید، و یا روی بدنانتان خالکوبی و یا سوراخ کاری (Piercing) انجام داده اید؟ | | |
| 13 | آیا در طی 12 ماه اخیر در قبال دریافت و یا پرداخت پول با کسی همخوانی داشته اید؟ | | |
| 14 | آیا هیچ وقت مواد مخدر یا هر ماده دیگری خارج از سیستم مراقبت بهداشتی در خود تزریق کرده اید؟ | | |
| 15 | آیا مالاریا دارید و یا در مدت 3 سال گذشته مالاریا داشته اید؟ | | |
| 16 | آیا شما بیماری های مناطق گرمسیری دیگری دارید یا داشته اید؟ | | |
| 17 | آیا شما سل دارید و یا در مدت 3 سال گذشته داشته اید؟ | | |
| 18 | آیا شما یا پدر بچه بیش از 5 سال در خارج از اروپا سکونت داشته اید؟ | | |
| 19 | آیا شما به خارج از کشورهای اسکندیناوی در طی ماه گذشته سفر کرده اید؟ | | |
| 20 | آیا کسی را در خانواده پدر بچه یا خودتان دارید که بیماری کروتزفلد جاکوب داشته باشد؟ | | |
| 21 | آیا شما هیچ وقت خون دریافت کرده اید و یا پیوند سلولی و هرگونه پیوند دیگر اعضای بدن داشته اید؟ | | |
| 22 | آیا شما بیماری خودایمنی (اتوایمیون) یا رماتیسم دارید و یا داشته اید؟ | | |
| 23 | آیا شما از داروهای سرکوب سیستم ایمنی در طی 12 ماه گذشته استفاده کرده اید؟ | | |
| 24 | آیا در طی 12 ماه گذشته هیچ گونه واکسیناسیونی داشته اید؟ | | |
| 25 | آیا شما عفونت شدید یا بیماری شدید دیگری در طی حاملگی خود داشته اید که به معالجه خاص یا مراقبت پزشکی نیاز داشته باشد؟ | | |
| 26 | آیا نتیجه سونوگرافی و یا هر آزمایش آمینوسنتز ی را که در طول دوران بارداری خود انجام داده اید عادی بوده؟ | | |

من بدینوسیله تایید می کنم که بنا بر آنچه من می دانم ؛ اطلاعات داده شده در مورد سلامتی من صحیح می باشد:

تاریخ

امضای مادر:



Nedanstående fylls i av barnmorska anställd av Nationella navelsträngsblodbanken

Komplettering till frågor på hälsodeklarationen:

.....

Namn på den som frågat/tagit emot svaren: _____

Namnteckning _____

ID kontroll utförd: Godkänt leg annat ange: _____ Sign: _____

Godkännare av tillvaratagandet (enl.SOSFS 2009:30)

Datum: _____ Namnteckning: _____ Titel: _____

Övrigt

Normal graviditet enligt mödravårdsjournal

Vid avvikelser angående mors sjukhistoria, graviditet och förlossning,
 Bifoga MHV1,2,3 och ev. journalanteckning för bedömning av medicinskt ansvarig

Mor Hb g/L.....(Ej godkänt Hb för donation < 90 g/L)

Sign:.....

Kompletterande uppgifter till följesedel:

Klinisk undersökning av barnet

Inga avvikelser Noterade avvikelser

Vid avvikelser bifoga FV2 och ev. journalanteckning för bedömning av medicinskt ansvarig läkare

Sign:.....

| Barnets personnr. | Barnnr. | Flicka | Pojke | Grav. vecka | Tid förlossning | Tid klampning | Tid insamling | In utero | Ex utero | Sign. |
|-------------------|-----------------|-------------|-------------|--|--|--|------------------|--|----------|-------|
| | | | | + | | | | | | |
| Vaginal* | Planerad sectio | Akut sectio | Agpar poäng | pH normalt | Ev. plasma utspädn. | Bifogat journalant | Moder vikt/datum | Vaginal* Stående <input type="checkbox"/> | | Sign. |
| | | | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | | Rygg <input type="checkbox"/> Sida <input type="checkbox"/> | | |



اظهارنامه بهداشتی جهت اهدای خون بند ناف

توضیحاتی در باره سئوالات اظهارنامه بهداشتی

از شما برای اهدای خون بند ناف فرزندتان تشکر می‌کنیم. هدف این سؤالها کسب اطمینان از سالم بودن خون برای دریافت کنندگان آتی است. در اینجا توضیحات بیشتری را در اختیار شما قرار می‌دهیم.

چرا ما در باره قومیت/پیشینه قومی سؤال می‌کنیم؟

سلول‌های بنیادی خون سلول‌هایی هستند که خون جدید می‌سازند. سلول‌های بنیادی در مغز استخوان و خون بند ناف وجود دارند. با دادن سلول‌های بنیادی جدید به یک بیمار، این سلول‌ها می‌توانند خون سالم بسازند. برای آنکه اینکار درست انجام شود بایستی نوع آنتی ژن گلوبول‌های سفید خون (HLA-typ) اهداء کننده و دریافت کننده خون همسان باشد. آنتی ژن گلوبول‌های سفید خون (HLA) نوعی علامت گذاری سلول‌هاست که به دفاع مصنوعی بدن کمک می‌کند که سلول‌های غریبه را شناسائی کند. انواع عادی آنتی ژن گلوبول‌های سفید خون در دنیا متفاوت هستند، از اینرو قومیت/پیشینه قومی یک فرد می‌تواند در زمینه مناسب بودن انواع سلول‌های بنیادی خون برای یک دریافت کننده اطلاعات مهمی را در اختیار بگذارد.

سوا 1 و 2: پذیرش به فرزند خواندگی و اهداء اعضای بدن

اگر بارداری با اهداء تخمک یا اسپرم انجام شده باشد یا فردی که به فرزند خواندگی پذیرفته شده باشد نمی‌توان به هنگام اهداء از اینرو به سئوالات بر مبنای آنچه که می‌دانید پاسخ دهید. بیماری‌های خوشاوندان پی برد. تخمک/اسپرم/جنین لازم است تخمک/اسپرم از اهداء کننده ای در محدوده اتحادیه اروپا/جامعه اقتصادی مشترک اروپا (ما همچنین) بوده و درمان بایستی در محدوده اتحادیه اروپا/جامعه اقتصادی مشترک اروپا انجام شده باشد. EU/EES) بایستی بدانیم که شما از کدام بانک تخمک یا اسپرم استفاده کرده‌اید تا بتوانیم پی ببریم آیا کلینیک مربوطه مورد تأیید اداره صادر کننده مجوز بهداشت و درمان کشور مربوطه بوده یا نه و همچنین در صورت لزوم بتوانیم بدانیم که بانک مربوطه در مورد تندرستی اهداء کنندگان چه مقرراتی داشته است.

سؤال 3: رابطه خونی بین والدین

رابطه خونی نزدیک بین والدین بچه خطر بیماری‌های ارثی در بچه را افزایش می‌دهد. ما اعطای خون بند ناف را از والدین کودکی که با هم نسبت نزدیک دارن (پسرعمو، دخترعمو و غیره) قبول نمی‌کنیم.

سؤال 4: دارو درمانی

معالجه دارویی در طی حاملگی ممکن است باعث تأثیرات بسیاری در کودک شود.

سئوالات 5-8 بیماری ارثی در خانواده

بیماری‌های ارثی در خانواده ممکن است با توجه به الگوی توارث در بعضی از موارد توسط خون بند ناف منتقل شوند؛ بخصوص بیماری‌هایی که بر خون؛ سیستم ایمنی و هموستاز بیماری‌های خونریزی یا متابولیسم بدن تأثیر می‌گذارد. لیست زیر مثال‌هایی از بیماری‌هایی است که باعث می‌شوند اعطا قبول نشود:

کم خونی مادرزادی: نوع ارثی انواع کم خونی (تالاسمی عمده؛ کم خونی داسی شکل؛ فن سیاه و کم خونی الماسی) گرانولوسیتوز ژنتیکی؛ سندرم Shwachman-الماس، و غیره (ترومبوسیتوپنی ارثی) ترومبوسیتوپنی وابسته به X، سندرم Wiskott آلدریچ، thrombasthenia گلازمن بیماری Kostmann کمبود مادرزادی سلول‌های سفید خون و پلاکت‌ها: بیماری نقص ایمنی مادرزادی: نقص ایمنی شدید ترکیبی (SCID)، سندرم Wiskott آلدریچ، سندرم Omenn، سندرم hyper IgM، بروتون agammaglobulinemia agammaglobulinemia وابسته به X، دی جرج (q1122 سندرم حذف، شارژ)، آتاکسی تلانژکتازی، بیماری گرانولوماتوز مزمن (CGD)، hemophagocytosis خانوادگی (FHL)، سندرم Chédiak-هیگاشی، سندرم Griscelli نوع 2، XLP (سندرم لنفوپرولیفراتیو وابسته به X).

(پوکی استخوان) بیماری‌های استخوان ارثی

(اختلالات خونریزی مادرزادی) هموفیلی، بیماری فون ویلبراند

استعداد ارثی برای لخته شدن خون: تمایل ترومبوتیک کمبود پروتئین S، کمبود پروتئین C، کمبود آنتی ترومبین و

مقاومت در برابر (APC)

بیماری‌های متابولیک: گوشه، نیمان-انتخاب، mucopolysaccharidosis، فابری، وولمن، Krabbe



سؤال 9: بیماری خطرناک در اقوام نزدیک

بیماریهای جدی و خطرناک و معالجات آنها که بعضی وقت ها بر بچه اثر می کند و علامت بیماری ارثی در اقوام نزدیک می باشد.

سئوالات 18-21: وقایع یا گذراندن مدتی در کشورهایی که ممکن است بر خطر انتقال بیماری های واگیر با خون بند ناف تاثیر می کنند.

وقایع و رفتارهای خاص می توانند خطر ابتلا به یک بیماری مسری که می تواند با خون بند ناف منتقل شود را افزایش دهد. این سئوالات در قوانین سوئد (: 30 SOSFS 2009) مطرح شده اند و از همین رو اجباری هستند. کروتسفلد جاکوب یک بیماری مسری است که ممکن است در برخی از موارد ارثی باشد. بسیاری از بیماری های مسری در خارج از کشورهای اسکاندیناوی شایع تر هستند، برای مثال سیفلیس، HIV، هپاتیت، سل، مالاریا و سایر بیماریهای گرمسیری. انواع خاصی از واکسن (ویروس ضعیف شده زنده) می تواند عفونت هایی ایجاد کند که می تواند در هنگام پیوند اعضای بدن منتقل شود.

سؤال 22-26: بیماریها در طی حاملگی

بیماری ها و عوارض در دوران بارداری (ونیز درمان آنها) ممکن است باعث شود که شما برای اهدای خون بند ناف مناسب نباشید، هم برای ایمنی کودک و هم به خاطر کسانی که در آینده آن را دریافت می کنند. این بیماری ها می توانند از جمله حمل باکتری های مقاوم در مقابل آنتیبیوتیک، عفونت در هنگام بارداری و یا زایمان، مشکلات بارداری مانند پری-اکلامپسیا و نیز نشانه های بیماری و یا غیر عادی بودن جنین پیش و یا پس از زایمان باشد.

