

اظهارنامه بهداشتی جهت اهدای خون بند ناف

Enhetsnummer plats för etikett:

Förlossningen, SU/Östra ☐

Mor, Namn:	Far, Namn:
Mor, Personnr:	Far, Personnr:
Etnicitet mor:	Etnicitet far:

شماره	به همه سئوالات بر اساس آنچه می دانید پاسخ دهید	خیر (NEJ)	بلی (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 پدربزرگ ها و مادربزرگ 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 پدربزرگ ها و مادربزرگ های کودک وجود دارد؟		
7	آیا بیماری ارثی استخوان اوستوپتروسیس در شما یا خواهر و برادرانتان، درخواهر و برادران فرزندتان، در پدر کودک و یا خواهر و برادران او، و یا در پدربزرگ ها و مادربزرگ 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 پدربزرگ ها و مادربزرگ 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 سوئد 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 همخوابی 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 اسکاندیناوی 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 آمینوسنتزی 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: _____

Namn och namnteckning på ev tolk (ej familjemedlem): _____

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 < 105 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 سنوالات اظهارنامه بهداشتی

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

سؤال 1 و 2: پذیرش و اعطا

اگر حاملگی نتیجه اعطای تخمک یا اسپرم است یا شما خودتان به فرزندتان قبول شده‌اید این مشکل خواهد بود که بدانید بیماری ارثی وجود دارد. در این صورت لطفاً به سنوالات بر طبق اطلاعات خود که می‌دانید جواب دهید. ما همچنین لازم داریم بدانیم که کدام بانک تخمک یا اسپرم برای این منظور استفاده شده است؛ در صورت لازم؛ اطلاعاتی درباره قانون‌ها و مقرراتی که برای بهداشت و سلامت اهداکننده قابل اجرا در آن بانک مخصوص است باید جمع‌آوری کنیم.

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 دارند (پسرعمو، دخترعمو و غیره) قبول نمی‌کنیم.

سؤال 4: دارو درمانی

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

سنوالات 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 می‌گذارند. لیست زیر مثال‌هایی از بیماری‌هایی است که باعث می‌شوند اعطا قبول نشود:

کم‌خونی مادرزادی: نوع ارثی انواع کم‌خونی (تالاسمی عمده؛ کم‌خونی داسی شکل؛ فن‌سیاه و کم‌خونی 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 آنتی‌ترومبین 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 وقت‌ها بر بچه اثر می‌کند و علامت بیماری ارثی در اقوام نزدیک می‌باشد.

سنوالات 18-21: وقایع یا گذراندن مدتی در کشورهایی که ممکن است بر خطر انتقال بیماری‌های واگیر با خون بند ناف تأثیر می‌کنند.

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



سؤال 22-26: بیماریها در طی حاملگی

بیماری ها و عوارض در دوران بارداری (و نیز 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.

