

Förlossningen, SU/Östra □

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

لا (NEJ)	نعم (JA)	مسلسل	أجيبني عن جميع الأسئلة بحسب درابتيك.
		1	هل حملك نتيجة تبرع ببيضة أم بسمائل منوي.
		2	هل أنت متبناة أو والد الطفل متبني؟
		3	هل أنت ووالد الطفل بينكما قرابة دم؟
		4	هل تتناولين أي دواء أو تناولت أي دواء أثناء حملك؟ (بالإضافة إلى الفيتامينات ومكملات الحديد)
		5	هل لديك أو لدى أشقاتك أو أشقاء الطفل، أو والد الطفل / أشقاء والد الطفل أو أجداد الطفل أي اضطرابات وراثية؟
		6	هل لديك أو لدى أشقاتك أو أشقاء الطفل، أو والد الطفل / أشقاء والد الطفل أو أجداد الطفل أي خلل في الدم أو المناعة أو اضطرابات نزف؟
		7	هل لديك أو لدى أشقاتك أو أشقاء الطفل، أو والد الطفل / أشقاء والد الطفل أو أجداد الطفل تصخر العظم بسبب اضطرابات عظمية وراثية؟
		8	هل لديك أو لدى أشقاتك أو أشقاء الطفل، أو والد الطفل / أشقاء والد الطفل أو أجداد الطفل أي اضطرابات أيضية (التمثيل الغذائي) وراثية؟
		9	هل تعرضت في أي وقت أو والد الطفل أو أشقاء الطفل للإصابة بالسرطان أو أي مرض خطير آخر تطلب علاجاً مطولاً بالمستشفى؟
		10	هل أصبت أنت أو والد الطفل أو أشقاء الطفل بمرض نقص المناعة (HIV) أو التهاب الكبد؟
		11	هل فحوصات نقص المناعة والتهاب الكبد والزهري التي أجريت لك أثناء حملك كانت سلبية؟
		12	هل تلقيت وخزاً بالإبرة خارج نظام الرعاية الصحية السويدي أو رسمت وشماً أو تقيت جسمك خلال 6 شهور الماضية؟
		13	هل دفعت مالاً أو حصلت على مال من أجل ممارسات جنسية خلال 12 شهراً الماضية؟
		14	هل سبق لك أن حققت نفسك (بإبرة) بمخدرات أو بأي شيء آخر خارج نظام الرعاية الصحية؟
		15	هل أنت مصابة أو سبق إصابتك بالمalaria خلال 3 سنوات الماضية؟
		16	هل لديك أو سبق أن كان لديك مرض استوائي آخر؟
		17	هل لديك أو سبق أن كان لديك درن (TB) خلال 3 سنوات الماضية؟
		18	هل أقيمت أنت أو والد الطفل خارج أوروبا لأكثر من 5 سنوات؟
		19	هل سافرت خارج بلاد الشمال خلال الشهر الماضي؟
		20	هل أصيب أي من أفراد أسرتك أو أسرة والد الطفل بمرض كروتزفيلد جاكوب (اعتلال الدماغ الإسفنجي)؟
		21	هل سبق أن أجري لك نقل دم أو خضعت لزراعة خلايا أو أي عضو؟
		22	هل لديك أو سبق أن كان لديك أي مرض مناعة ذاتية أو روماتزمي؟
		23	هل تناولت أي دواء كابت للمناعة خلال 12 شهراً الماضية؟
		24	هل حصلت على أي تلقيحات خلال 12 شهراً الماضية؟
		25	هل سبق أن أصبت بأي عدوى خطيرة أو مرض خطير آخر أثناء حملك تطلب علاجاً خاصاً وإشرافاً طبياً؟
		26	هل كانت فحوصات الموجات فوق الصوتية أو أي فحوصات للبرز السلي أجريتها أثناء حملك طبيعية؟

أقر أنا بموجب هذا، بحسب درابتي، أن المعلومات المقدمة في هذا الإقرار الصحي حقيقية وصحيحة:

التاريخ

توقيع الأم:

**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:

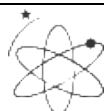
Klinisk undersökning av barnet

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"/>	Rygg <input type="checkbox"/>	Sida <input type="checkbox"/>
				Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>				Sign.



## شرح للأسئلة في نموذج الإقرار الصحي

شكرا لك للموافقة على التبرع بدم الحبل السري لطفلك.  
الغرض من الأسئلة هو التأكد من أن الدم يكون آمنا للمتلقين المحتملين مستقبلا.  
هنا نحن نقدم شرحا إضافيا للأسئلة التي نسألها.

## السؤال 1 و 2: التبني والتبرع

إذا كان الحمل نتيجة تبرع ببيضة أو بسائل منوي أو إذا كنت أنت نفسك متبناة، فقد يكون من الصعب معرفة ما إذا كان هناك أي أمراض وراثية في الأسرة. وإذا كانت الحالة كذلك، يرجى الإجابة عن الأسئلة حسب معلوماتك. ونحن أيضا نحتاج إلى معرفة أي بنك للبيض أو السائل المنوي تعاملت معه من أجل جمع المعلومات، إذا تطلب الأمر، عن القواعد واللوائح المنطبقة لهذا البنك تحديدا بشأن صحة المتبرع.

## السؤال 3: صلة الدم بين الأبوين

يمكن أن تزيد صلة الدم القريبة بين أبوي الطفل من خطر الأمراض الوراثية في الطفل. ونحن لا نوافق على التبرع إذا كان الطفل أبواه أبناء عمومة من الدرجة الأولى.

## السؤال 4: الدواء

يمكن في بعض الحالات أن يؤثر العلاج بالأدوية أثناء الحمل على الجنين.

## الأسئلة 5-8: الأمراض الوراثية في الأسرة

يمكن أن تنتقل الأمراض الوراثية في الأسرة، اعتمادا على النمط الوراثي في بعض الحالات، عن طريق دم الحبل السري؛ ينطبق ذلك تحديدا على الأمراض التي تؤثر على الدم، وجهاز المناعة ووقف النزف الدموي (في اضطرابات النزف)، أو أيض الجسم. وتبين القائمة أدناه أمثلة للأمراض التي تعني أن التبرعات لا يمكن قبولها.  
فقر الدم الخلقي: أنواع فقر الدم الوراثية (الثلاسيميا الكبرى، فقر الدم المنجلي، فقر دم بلاك فان دايموند "نقص خلايا الدم الحمراء")

نقص خلايا الدم البيضاء أو صفيحات الدم الخلقي: ندرة العدلات الجينية (مرض كوستمان [مرض نقص الخلايا البيضاء]، متلازمة شواخمان دايموند [قصور إفرازات البنكرياس، ضعف نخاع العظام، تشوهات الهيكل العظمي، وقصر القامة]، إلخ) نقص الصفيحات الدموية الوراثي (نقص الصفيحات الدموية المرتبط بالصبغي X، متلازمة ويسكوت أولدريتش [اضطراب نقص المناعة الوراثي المرتبط بالصبغي X]، وهن الصفيحات الدموية لجلانترمان)  
أمراض نقص المناعة الخلقي: النقص المناعي المشترك الخطير (SCID)، متلازمة ويسكوت أولدريتش [اضطراب نقص المناعة الوراثي المرتبط بالصبغي X]، متلازمة أومن (النقص المناعي المشترك المرتبط بطفرات في الجينات المؤثرة على الخلايا البائية و الخلايا التائية)، مرض IgM المفرط [ارتفاع مستوى الجلوبيولين المناعي]، فقد جما جلوبيولين الدم لبروتون، الحذف الوراثي (مرض الحذف في الموقع 22q11، الاضطراب الخلقي المركب)، متلازمة الرنح وتوسع الشعيرات، مرض الورم الحبيبي المزمن (CGD)، بلعمة الكريات (عائلي وراثي (FHL)، متلازمة المهق الجلدي العيني مع الشذوذات الدموية، متلازمة جريسلي (نقص المناعة وتكرار الالتهابات) النوع 2، متلازمة XLP (التكاثرية اللمفية المرتبطة بالصبغي X).

تصخر العظم (مرض العظم الوراثي).

اضطرابات النزف الخلقي (سيولة الدم)، مرض فون فيليبيراند (النزف التلقائي).

القابلية الوراثية لجلطات الدم: الميل إلى تكون الجلطات (نقص بروتين إس، نقص بروتين سي، نقص مضاد الثرومبين ومقاومة مركب APC [الأسبيرين وفيناسيتين وكافين])

الأمراض الأيضية: مرض جوشيه (تراكم المادة الدهنية)، مرض نيمان بيك (كثرة المنسجات الشحمية)، مرض عديد السكريد المخاطي، مرض فابري (نقص إنزيم عملية أيض الدهون)، مرض فولمان (نقص الليباز المحضية في الجسيمات الحالة البادئ، مرض كاربيه (حتل المادة البيضاء الكروي الخلوي)

**السؤال 9: أمراض خطيرة في الأسرة المباشرة**

الأمراض الخطيرة وعلاجاتها يمكن أحيانا أن تؤثر على الطفل وتكون علامة على مرض وراثي في الأسرة المباشرة.

**الأسئلة 18-21: المرض أو الأحداث أو قضاء وقت في بلاد أخرى يمكن أن يؤثر على خطر نقل الأمراض المعدية بدم الحبل السري.**

ويمكن لأحداث وسلوكيات معينة أن تزيد خطر التأثير بمرض معد الذي يمكن أن ينتقل بدم الحبل السري. يحكم القانون السويدي (SOFS 2009:30) الأسئلة التي يكون مطلوباً منا سؤالها فيما يتعلق بهذا الموضوع. مرض كروتزفيلد جاكوب هو مرض معد الذي يمكن أيضاً أن يكون وراثياً في بعض الحالات. وكثير من الأمراض المعدية تكون أكثر انتشاراً خارج بلاد الشمال، على سبيل المثال الزهري، نقص المناعة (HIV)، التهاب الكبد، السل، الملاريا، وغيرها من الأمراض الاستوائية. وبعض أنواع اللقاحات (الفيروس الحي الموهن) يمكن أن تسبب حالات عدوى التي يمكن أن تنتقل في عملية الزرع.

**الأسئلة 22-26: الأمراض أثناء الحمل**

الأمراض والمضاعفات أثناء الحمل (وعلاجاتها) يمكن أن تجعلك غير مناسبة للتبرع بدم الحبل السري، من أجل سلامة الطفل والمتلقي المحتمل مستقبلاً. وينطبق ذلك، ضمن أشياء أخرى، على حاضن البكتيريا التي تكون مقاومة للمضادات الحيوية وحالات العدوى أثناء الحمل أو عند الولادة، ومضاعفات الحمل الخطيرة مثل مقدمات الارتعاج أو علامات المرض أو الاضطرابات في الطفل قبل أو بعد الولادة.

