



## МЕДИЦИНСКА АНАМНЕЗА НА ДЕТЕТО

ПРЕДИ ОТДЕЛЯНЕ, ИЗСЛЕДВАНЕ И СЪХРАНЯВАНЕ НА СТВОЛОВИ КЛЕТКИ  
ОТ ПУЛПА НА МЛЕЧЕН ЗЪБ (ПОПЪЛВА СЕ ОТ МАЙКАТА / БАЩАТА)

Уважаеми родители,

Настоящата анкета съдържа въпроси относно лична медицинска история на детето Ви и близките му родственици. Събирането на тази информация е регламентирано от Наредба № 6 от 05.03.2007 г. ЗТОТК, и представлява част от задължителната експертиза за годност и безопасност на клетките, предназначени за трансплантация.

Моля да попълните ясно и четливо всички полета в настоящата анкета, като при нужда от разяснение на въпросите, се свържете с нас за консултация. Възможно е член на медицинския екип да Ви потърси на посочения от Вас телефон при нужда от уточняваща информация.

Информацията, която предоставяте в настоящия документ, се третира като поверителна съгласно процедура за защита на личните Ви данни.

### ЛИЧНИ ДАННИ НА ДЕТЕТО

Име, Презиме, Фамилия

Дата на раждане

### ДЕКЛАРАЦИЯ НА РОДИТЕЛЯ

Декларирам, че давам истинни отговори на всички въпроси според информацията, с която разполагам и след като получих обяснения на достъпен език.

Име, Фамилия

Телефон за връзка

Подпис / Дата

### I. МЕДИЦИНСКА ИСТОРИЯ НА ДЕТЕТО

Моля попълнете съгласно указанията, като отбележите вярното с **X** или **V**.  
При отговор „ДА“ моля дайте допълнителна информация в специалното поле по-долу.

НЕ ДА

1. На детето Ви правено ли е преливане на кръв и/или кръвни съставки (еритроцитни концентрати, плазма, тромбоцитни концентрати)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. На детето Ви правена ли е трансплантация на органи, клетки, роговица, склера, дура матер или ксенографти (животински трансплантати)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Детето Ви лекувано ли е с хипофизарен растежен хормон от човешки произход?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Някога детето Ви имало ли е положителен резултат или провеждано ли му е лечение за заболявания, предавани по кръвен път (СПИН, хепатит В, хепатит С, HTLV, сифилис)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Детето Ви или Виe родени ли сте и/или посещавали ли сте страни с разпространение на HTLV вирус (Южна Америка, Карибите, Югоизточна Азия, Африка на юг от Сахара) и ако да – в кои, за колко време и кога?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Детето Ви страдало ли е от необяснима загуба на тегло или продължителни периоди на фебрилитет (повишена температура)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. В семейството Ви има ли случаи на злокачествени заболявания и ако да – кога, какви и какво е било проведеното лечение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Известно ли Ви е в семейството Ви да има случаи на туберкулоза?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Известно ли Ви е в семейството Ви да има случаи на инфекциозни спонгиформни енцефалопатии като болест на Кройцфелд-Якобс (т.нар. „Луда крава“) или други прионни болести?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Детето Ви има ли установени алергии и ако да – какви?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

МЯСТО ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА ИНФОРМАЦИЯ ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЕН ОТГОВОР НА ВЪПРОСИТЕ ОТ РАЗДЕЛ I:

.....

.....

.....

### II. ЗАКЛЮЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ ДИРЕКТОР

Попълва се от Тъканна банка Биорегенерация

<input type="checkbox"/>	ОТСЪСТВАТ КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ВЗЕМАНЕТО. РАЗРЕШАВАМ ВЗЕМАНЕТО НА МЛЕЧЕН ЗЪБ СЪГЛАСНО СОП.
<input type="checkbox"/>	УСТАНОВЕНО Е НАЛИЧИЕ НА ОТНОСИТЕЛНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ВЗЕМАНЕТО. РАЗРЕШАВАМ ВЗЕМАНЕТО НА МЛЕЧЕН ЗЪБ СЪГЛАСНО СОП.
<input type="checkbox"/>	УСТАНОВЕНО Е НАЛИЧИЕ НА АБСОЛЮТНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ВЗЕМАНЕТО. НЕ РАЗРЕШАВАМ ВЗЕМАНЕТО НА МЛЕЧЕН ЗЪБ СЪГЛАСНО СОП.

ЗАБЕЛЕЖКА:

.....

.....

.....

Дата: .....

Медицински директор: .....  
/подпис/