

ПРИЛОЖЕНИЕ No 4 - Медицинска история на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ

Име на майката: с ЕГН

Име на бащата: с ЕГН

През изминалите дванадесет месеца назад, Вие или биологичният баща имали ли сте следните здравословни проблеми:

Указания при попълването:
 1. При попълване на приложението служител (лекар) от БУЛГЕН при необходимост може да Ви разясни въпросите.
 2. В съответното квадратче за положителен или отрицателен отговор към всеки въпрос отбележете със знака x или √.
 3. Ако отговорът е положителен посочете датите отляво на отговора Да (където има пунктирна линия), и обяснете в полето за допълнителна информация/разяснения предоставено най-отдолу в случай на необходимост за по нататъшно разясняване.

No	Въпрос	Отговори	
		Майка	Биологичен баща
1	Посещавали ли сте ендемични за малария райони? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
2	Има ли ли сте контакт с болни от хепатит; инжектиране на гама-глобулин заради инфекции? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
3	Имате ли положителни резултати или проведено лечение за полово предавани болести (СПИН, хепатит, сифилис)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
4	Получавали ли сте кръв или кръвни продукти, тъканни продукти или органни трансплантации? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
5	Имали ли сте необяснима загуба на тегло или продължителна повишена температура?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
6	Имате ли татуировка, пиърсинг или извършвана акупунктура? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
7	Приемате ли някакви лекарства? В случай, че отговорът е положителен, посочете какви са лекарствата.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
8	Има ли сте усложнения по време на тази или предхождащи бременности?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
9	Злоупотреба с алкохол?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
10	Имате ли диагностицирани кръвни заболявания?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
11	Боледувала ли сте от туберкулоза, малария и др.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
12	Имали ли сте хронични заболявания?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
13	Използвали ли сте лекарства за венозно приложение без да бъдат предписани от лекар?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
14	Някои от членовете на съответните семейства бил ли е болен от: апластична анемия, анемия на Фанкони, сърповидноклетъчна анемия, таласемия, хронична грануломатоза, синдром на Хънтър, тежък имунодефицитен синдром, левкемия или някаква генетично детерминирана болест?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
15	Някои от членовете на съответните семейства бил ли е болен от болест на Кройцфелд-Якобс?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
16	Имате ли повече от един кръвен роднина болен от болест на Кройцфелд-Якобс?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ

Допълнителна информация/разяснения

Моля, обяснете подробно всеки отговор „ДА“ който се нуждае от по-нататъшно изясняване:

.....

Декларирам, че отговорих точно и вярно на всички въпроси според това, което ми е известно.

Майка:

Дата:

Баща:

Дата: