



پرسشنامه ی اهداکنندگان سلولهای بنیادی خونساز قبل از پذیره نویسی

شماره عضویت:

نام و نام خانوادگی: جنس: زن / مرد سن: وزن: قد: BMI:

- آیا مطالب آموزشی دفترچه راهنمای اهدای سلولهای بنیادی خونساز را مطالعه نموده اید؟ بله خیر
- آیا سابقه اهدای خون یا پلاکت یا گرانولوسیت داشته اید؟ بله خیر
- آیا سابقه اهدای سلولهای بنیادی خونساز داشته اید؟ بله خیر

● چنانچه سابقه ی هر کدام از بیماری های زیر را دارید علامت بزنید:

- بیماری قلبی عروقی بیماری تنفسی ریوی مزمن
- بیماری عفونی شدید خون ریزی غیر عادی
- بیماری گوارشی شدید بیماریهای روان پزشکی
- صرع سابقه یرقان یا هیپاتیت ویروسی
- سرطان بیماری کلیوی
- دیابت رماتیسم
- مالاریا بیماری خونی ارثی بجز تالاسمی مینور
- جانباز شیمیایی بیماری منتقله از راه جنسی
- سایر موارد

● چنانچه هریک از سوابق زیر را در خود یا همسران دارید علامت بزنید:

- حجامت خالکوبی و تتو
- تزریق خون یا فراورده اعتیاد تزریقی یا استنشاقی
- هیپاتیت یا ایدز بازداشت در زندان بیش از ۷۲ ساعت
- گیرنده ی پیوند بافت / عضو / مغز استخوان

● نظر کارشناس اهدا: ثبت نام داوطلب در بانک سلولهای بنیادی بلا مانع است.

داوطلب مناسب اهدای سلولهای بنیادی نمیشود.

امضا



فرم مشخصات فردی اهداکننده سلول بنیادی خونساز

شماره عضویت

مرکز پذیرش: تاریخ پذیرش:
نام: نام خانوادگی: کدملی: شماره شناسنامه:
نام پدر: جنس: زن مرد تاریخ تولد: محل تولد:

● قومیت:

فارس لر عرب ارمنی زرتشتی
 کرد بلوچ ترکمن یهودی سایر

● وضعیت تأهل: مجرد متاهل طلاق فوت همسر

● تحصیلات:

● گروه خونی:

● شغل:

● تلفن همراه:

● تلفن ثابت:

● ایمیل:

● آدرس محل سکونت: کدپستی منزل:

● آدرس محل کار: کدپستی محل کار:

● تلفن محل کار:

● مشخصات دونفر از افراد خانواده یا دوستان که در صورت عدم دسترسی با شما بتوان با ایشان تماس گرفت:

۱- نام و نام خانوادگی: نسبت با شما: تلفن همراه: تلفن ثابت:
آدرس:

۲- نام و نام خانوادگی: نسبت با شما: تلفن همراه: تلفن ثابت:
آدرس:



رضایت نامه آگاهانه اهداکنندگان سلولهای بنیادی خونساز

شماره عضویت:.....

اینجانب:..... نام پدر:..... کدملی:.....

آدرس:.....

رضایت خود را جهت اهدای داوطلبانه سلولهای بنیادی خونساز خود: □ فقط از خون محیطی □ از خون محیطی و مغز استخوان به بیماران نیازمند ایرانی و خارجی از طریق مرکز پذیره نویسی سلولهای بنیادی کشور را اعلام می دارم.

۱- اینجانب تأیید میکنم که روند اهدای سلولهای بنیادی و عوارض احتمالی ناشی از آن به طور کامل برای اینجانب توضیح داده شده است.

۲- استفاده از اطلاعات سلولهای بنیادی اینجانب بدون ذکر نام جهت امور تحقیقاتی با اجازه مرکز پذیره نویسی سلولهای بنیادی کشور بلا مانع است.

۳- اینجانب موافقت خود را جهت انجام آزمایشات ویروس شناسی و میکروب شناسی و بررسی بیماریهای منتقله از راه سلولهای بنیادی و خون در نمونه خون اینجانب اعلام می دارم.

۴- اگر پس از ثبت نام اولیه از اهدای سلولهای بنیادی منصرف شدم مرکز هم چنان مجاز به استفاده ی تحقیقاتی از اطلاعات مربوط به نمونه اولیه اینجانب بدون ذکر نام می باشد حق انصراف در این خصوص را از خود سلب مینمایم.

۵- اینجانب در مورد عوارض احتمالی ناشی از اهدای سلولهای بنیادی خونساز مرکز پذیره نویسی سلول بنیادی کشور و سایر مراکز ذی ربط را بری الذمه اعلام میکنم.

نام و نام خانوادگی اهداکننده تاریخ امضاء

نام و نام خانوادگی مشاور اهدا تاریخ امضاء