



Enhetsnummer, plats för etikett:

اظهار نامه بهداشتی
جهت اهدای خون بند ناف

Partner, Namn: / همسر، اسم	Patient, Namn: / بیمار، اسم
Personnr: / شماره شخصی یا پرشون نومر	Personnr: / شماره شخصی یا پرشون نومر
Etnicitet/ursprung: / قومیت/اصل و نسب	Etnicitet/ursprung: / قومیت/اصل و نسب

شماره	به همه سئوالات بر اساس آنچه می دانید پاسخ دهید	بلی (JA)	خیر (NEJ)
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 دارویی مصرف می کنید (به جز ویتامین ها و قرص های آهن) یا در جریان بارداری خود دارویی مصرف کرده اید؟		
5	آیا هیچ گونه بیماری ارثی در شما یا خواهر و برادرانتان، در خواهر و برادران فرزندتان، در پدر کودک و یا خواهر و برادران او، و یا در پدر بزرگ ها و مادر بزرگ های کودک وجود دارد؟		
6	آیا هیچ گونه بیماری خونی، اختلال در سیستم ایمنی و یا خون تراوی (هموفیلی) در شما یا خواهر و برادرانتان، در خواهر و برادران فرزندتان، در پدر کودک و یا خواهر و برادران او، و یا در پدر بزرگ ها و مادر بزرگ های کودک وجود دارد؟		
7	آیا بیماری ارثی استخوان اوستیوپتروسیس در شما یا خواهر و برادرانتان، در خواهر و برادران فرزندتان، در پدر کودک و یا خواهر و برادران او، و یا در پدر بزرگ ها و مادر بزرگ های کودک وجود دارد؟		
8	آیا هیچ گونه بیماری متابولیک ارثی در شما یا خواهر و برادرانتان، در خواهر و برادران فرزندتان، در پدر کودک و یا خواهر و برادران او، و یا در پدر بزرگ ها و مادر بزرگ های کودک وجود دارد؟		
9	آیا شما، پدر و یا خواهر و برادر های 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 برادر های 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 بدن تان 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 هم خوابی 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 کشور های اسکاندیناوی در طی ماه گذشته سفر کرده اید؟		
20	آیا کسی را در خانواده پدر بچه یا خودتان دارید که بیماری کروموزوم جاکوب داشته باشد؟		
21	آیا شما هیچ وقت خون دریافت کرده اید و یا پیوند سلولی و هر گونه پیوند دیگر اعضای بدن داشته اید؟		
22	آیا شما بیماری خود ایمنی (اتوایمیون) یا رماتیسم دارید و یا داشته اید؟		
23	آیا شما از دارو های 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 آمینوسنتز ی را که در طول دوران بارداری خود انجام داده اید عادی بوده؟		

من بدین وسیله تایید می کنم که بنا بر آنچه من می دانم ؛ اطلاعات داده شده در مورد سلامتی من صحیح می باشد:

تاریخ _____

امضا بیمار: _____



Patient, Namn:

Personnr:

Enhetsnummer, plats för etikett:

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: _____

Ev tolk: ID-nummer + företagsnamn: _____

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.	Flicka	Pojke	Grav. vecka	Barnets vikt	Tid förlossn.	Tid klampning	Tid insamling	In utero	Ex utero	Sign.
			+							
Planerad sectio	Apgar poäng			pH normalt	Ev plasma- utspädning	Bifogat journalant.	Moder vikt + datum	Tid/datum provtagning		Sign.
				Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐				

توضیحاتی در باره سئوالات اظهارنامه بهداشتی

از شما برای اهدای خون بند ناف فرزندتان تشکر می کنیم.
هدف این سئوال ها کسب اطمینان از سالم بودن خون برای دریافت کنندگان آتی است.
در اینجا توضیحات بیشتری را در اختیار شما قرار می دهیم.

چرا ما در باره قومیت/پیشینه قومی سوال می کنیم؟

سلول های بنیادی خون سلول هایی هستند که خون جدید می سازند. سلول های بنیادی در مغز استخوان و خون بند ناف وجود دارند. با دادن سلول های بنیادی جدید به یک بیمار، این سلول ها می توانند خون سالم بسازند. برای آنکه اینکار درست انجام شود بایستی نوع آنتی ژن گلبول های سفید خون (HLA-typ) اهداء کننده و دریافت کننده خون همسان باشد. آنتی ژن گلبول های سفید خون (HLA) نوعی علامت گذاری سلول هاست که به دفاع مصونیتی بدن کمک می کند که سلول های غریبه را شناسائی کند. انواع عادی آنتی ژن گلبول های سفید خون در دنیا متفاوت هستند، از اینرو قومیت/پیشینه قومی یک فرد می تواند در زمینه مناسب بودن انواع سلول های بنیادی خون برای یک دریافت کننده اطلاعات مهمی را در اختیار بگذارد.

سوا 1 و 2: پذیرش به فرزند خواندگی و اهداء اعضای بدن
اگر بارداری با اهداء تخمک یا اسپرم انجام شده باشد یا فردی که به فرزند خواندگی پذیرفته شده باشد نمی توان به بیماری های خویشاوندان پی برد. از اینرو به سئوالات بر مبنای آنچه که می دانید پاسخ دهید. هنگام اهداء تخمک/اسپرم/جنین لازم است تخمک/اسپرم از اهداء کننده ای در محدوده اتحادیه اروپا/جامعه اقتصادی مشترک اروپا (EU/EES) بوده و درمان بایستی در محدوده اتحادیه اروپا/جامعه اقتصادی مشترک اروپا انجام شده باشد. ما همچنین بایستی بدانیم که شما از کدام بانک تخمک یا اسپرم استفاده کرده اید تا بتوانیم پی ببریم آیا کلینیک مربوطه مورد تأیید اداره صادر کننده مجوز بهداشت و درمان کشور مربوطه بوده یا نه و همچنین در صورت لزوم بتوانیم بدانیم که بانک مربوطه در مورد تندرستی اهداء کنندگان چه مقرراتی داشته است.

سئوال 3: رابطه خونی بین والدین
رابطه خونی نزدیک بین والدین بچه خطر بیماری های ارثی در بچه را افزایش می دهد. ما اعطای خون بند ناف را از والدین کودکی که با هم نسبت نزدیک دارن (پسرعمو، دخترعمو و غیره) قبول نمی کنیم.

سئوال 4: دارو درمانی
معالجه دارویی در طی حاملگی ممکن است باعث تاثیرات بسیاری در کودک شود.

سئوالات 5-8 بیماری ارثی در خانواده بیماری های ارثی در بستگان
بیماری های 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 تاثیر می گذارند. لیست زیر مثال هایی از بیماری هایی است که باعث می شوند اعطا قبول نشود:
کم خونی مادرزادی: نوع ارثی انواع کم خونی (تالاسمی عمده؛ کم خونی داسی شکل؛ فن سیاه و کم خونی الماسی)
کمبود مادرزادی گلبول های سفید یا پلاکت های خون: اگر آنولوسیتوز ارثی (بیماری کوستمان، سندروم شوآخمان-دیاموند و دیگر موارد مشابه) کاهش ارثی پلاکت های خون (ترومبوسیتوپنی وابسته به کروموزوم X، سندروم ویسکوت-آلدرچ، سندروم گلانزمن)

بیماری های نقص ایمنی مادرزادی: نقص ایمنی شدید ترکیبی (SCID)، سندروم ویسکوت-آلدرچ، سندروم آمن، سندروم هایپر IgM، آگاماگلوبولینمی بروتون (آگاماگلوبولینمی وابسته به کروموزوم X)، دی جورج (سندروم حذف 22q11، CHARGE، آتاکسیا-تلائنژیکتازیا، بیماری گرانولوماتوز مزمن (CGD)، هموفایگوسیتوز (خانوادگی FHL)، سندروم چدایک-هیگاشی، سندروم گریسلی نوع ۲، XLP (سندروم لنفوپرولیفراتیو وابسته به کروموزوم X).
استئوپتروز (بیماری ارثی استخوان)

بیماری های خونریزی مادرزادی (هموفیلی (بیماری خونریزی کننده)، بیماری فون ویلبراند)
گرایش ارثی به ایجاد لخته خون: تمایل به ترومبوز (کمبود پروتئین S، کمبود پروتئین C، کمبود آنتی ترومبین و همچنین مقاومت در برابر APC)

بیماری های سوخت و ساز / بیماری های متابولیک گوشه، نیمان-انتخاب، mucopolysaccharidosis، فابری، وولمن،
Krabbe



سؤال 9: بیماری خطرناک در اقوام نزدیک

بیماریهای جدی و خطرناک و معالجات آنها که بعضی وقت ها بر بچه اثر می کند و علامت بیماری ارثی در اقوام نزدیک می باشد.

سئوالات 18-21: وقایع یا گذراندن مدتی در کشورهایی که ممکن است بر خطر انتقال بیماری های واگیر با خون بند ناف تاثیر می کنند.

وقایع و رفتارهای خاص می توانند خطر ابتلا به یک بیماری مسری که می تواند با خون بند ناف منتقل شود را افزایش دهد. این سئوالات در قوانین سوئد (30 SOSFS 2009) مطرح شده اند و از همین رو اجباری هستند. کروتسفلد جاکوب یک بیماری مسری است که ممکن است در برخی از موارد ارثی باشد. بسیاری از بیماری های مسری در خارج از کشورهای اسکاندیناوی شایع تر هستند، برای مثال سیفلیس، HIV، هپاتیت، سل، مالاریا و سایر بیماریهای گرمسیری. انواع خاصی از واکسن (ویروس ضعیف شده زنده) می تواند عفونت هایی ایجاد کند که می تواند 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.