



Sağlık Beyanı Göbek Kordonu Kanı Bağışı

Enhetsnummer, plats för etikett:

Hasta, Adı: / Patient, Namn:	Eş/Partner, Adı: / Partner, Namn:
Birey numarası: / Personnr:	Birey numarası: / Personnr:
Etnik köken/Uyruk: / Etnicitet/ursprung:	Etnik köken/Uyruk: / Etnicitet/ursprung:

No.	Bildiğiniz kadarıyla tüm soruları cevaplayınız.	EVET (JA)	HAYIR. (NEJ)
1	Yumurta veya sperm bağışı sonucunda mı hamile kaldınız?		
2	Siz veya çocuğun babası evlatlık mı?		
3	Çocuğun babası ile akrabalık bağınız var mı?		
4	Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz (vitaminler ve demir tabletleri hariç) veya hamileliğiniz sırasında herhangi bir ilaç kullandınız mı?		
5	Sizde, kardeşlerinizde, çocuğunuzun olası kardeşlerinde, çocuğunuzun babasında/çocuğunuzun babasının kardeşlerinde veya çocuğunuzun büyükbaba veya büyükannelerinde kalıtsal hastalıklar var mı?		
6	Sizde, çocuğunuzun kardeşlerinde, çocuğunuzun babasında/çocuğunuzun babasının kardeşlerinde veya çocuğunuzun büyükbaba veya büyükannelerinde mevcut olan herhangi bir kan, bağışıklık yetersizliği veya kanama bozuklukları var mı?		
7	Sizde, kardeşlerinizde, çocuğunuzun kardeşlerinde, çocuğunuzun babasında/çocuğunuzun babasının kardeşlerinde veya çocuğunuzun büyükbaba veya büyükannelerinde mevcut olan kalıtsal kemik bozukluğu osteopetroz var mı?		
8	Sizde, kardeşlerinizde, çocuğunuzun kardeşlerinde, çocuğunuzun babasında/çocuğunuzun babasının kardeşlerinde veya çocuğunuzun büyükbaba veya büyükannelerinde mevcut olan herhangi bir kalıtsal metabolik hastalık var mı?		
9	Siz, çocuğunuzun babası veya çocuğunuzun kardeşleri kanser veya uzun süre hastanede yatmayı gerektirecek herhangi bir diğer hastalığa yakalandınız mı?		
10	Siz, çocuğunuzun babası veya çocuğunuzun kardeşleri HIV veya hepatite yakalandınız mı?		
11	Hamilelik sırasında yapılan HIV, hepatit ve frengi testlerinin sonucu negatif miydi?		
12	Son 6 ay içerisinde İsveç sağlık sisteminin dışında akupunktur yaptırdınız mı veya dövme ya da piercing yaptırdınız mı?		
13	Son 12 ay içerisinde cinsel faaliyetler için para ödediniz mi veya para aldınız mı?		
14	Hiç uyuşturucu (iğne ile) veya sağlık sisteminin dışında başka bir şey enjekte ettiniz mi?		
15	Sıtma hastalığınız var mı veya son 3 yıl içerisinde sıtma geçirdiniz mi?		
16	Tropikal hastalığınız var mı veya hiç tropikal hastalık geçirdiniz mi?		
17	TB (tüberküloz) hastalığınız var mı veya son 3 yıl içerisinde geçirdiniz mi?		
18	Siz veya çocuğunuzun babası Avrupa dışında 5 yıldan fazla ikamet ettiniz mi?		
19	Geçen ay içerisinde İskandinav ülkelerinin dışına seyahat ettiniz mi?		
20	Sizin veya çocuğunuzun babasının ailesinde Creutzfeldt-Jakob hastalığı olan var mıydı?		
21	Hiç kan nakli aldınız mı veya size hücre veya herhangi bir organ nakli yapıldı mı?		
22	Herhangi bir otoimmün ve romatizmal hastalığınız var mı veya daha önce geçirdiniz mi?		
23	Son 12 ay içerisinde herhangi bir immunosupresif ilaç aldınız mı?		
24	Son 12 ay içerisinde herhangi bir aşı oldunuz mu?		
25	Hamileliğiniz süresince özel tedavi veya tıbbi gözetim gerektiren herhangi bir enfeksiyon veya diğer ciddi hastalıklar geçirdiniz mi?		
26	Hamileliğiniz süresince yaptırdığınız ultrason muayeneleri ya da her türlü amniyosentez testler normal miydi?		

İşbu belgede, sağlık beyanında verilen bilgilerin bilgim çerçevesinde doğru ve gerçek olduğunu tasdik ederim:

Tarih _____ Hastanın imzası: _____



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 ☐				



Sağlık beyan formundaki soruların açıklamaları

Çocuğunuzun göbek kordon kanını bağışlamayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz. Soruların amacı, gelecekteki muhtemel alıcılar için kanın güvenli olduğunu tespit etmektir. Burada sorduğumuz soruların açıklamaları yer almaktadır.

Neden etnik geçmişiniz/kökeniniz hakkında sorular soruyoruz?

Kan kök hücreleri, yeni kanı oluşturan hücrelerdir. Kemik iliğinde ve göbek kordonu kanında bulunurlar. Hasta bir kişiye verilen yeni kan kök hücreleri, yeni sağlıklı kanın üretilmesine yardımcı olur. Fakat bunun gerçekleşebilmesi için hem alıcı ve hem vericinin aynı HLA tipi sistemi olması gerekiyor. HLA, vücudun bağışıklık sisteminin yabancı hücreleri tanımasına yardımcı olan hücreler üzerinde bulunan bir tür belirteçtir. Yaygın olan HLA türleri dünyada farklılık gösterir, bu nedenle bir kişinin kökeni, kan kök hücrelerinin hangi alıcılar için uygun olabileceği konusunda önemli bilgiler sağlayabilir.

Sorular 1 ve 2: Evlat edinme ve bağış

Hamilelik bir yumurta ya da sperm bağışı sonrası meydana gelmiş ise, ya da siz kendiniz evlatlık edinilmiş iseniz, aile geçmişinde bulunan hastalıklar hakkında bazen yetersiz bilgiye sahip olabilirsiniz. Bu durumda sorulara bildiğiniz kadarıyla cevap veriniz. Yumurta/sperm/embriyo bağışı yaparken, yumurtaların/spermin AB/AEA içindeki bir donörden gelmesi ve tedavinin AB/AEA içinde gerçekleştirilmesi gerekir. Ayrıca hangi yumurta veya sperm bankasını kullandığınızı ve bu kliniğin ülkenin sağlık izin kurumu tarafından onaylanıp onaylanmadığı ve donörlerin sağlık kriterlerinin ne olduğunun bilgisi gerekmektedir.

Soru 3: Ebeveynler arasındaki kan bağı

Çocuğun ebeveynleri arasındaki yakın kan bağı çocukta kalıtsal hastalıkların riskini artırabilir. Çocuğun ebeveynleri birinci derecede kuzen ise bağışı tasvip etmiyoruz.

Soru 4: İlaç

Gebelik sırasındaki ilaç tedavisi, bazı durumlarda bebeği etkileyebilir.

Soru 5-8: Ailedeki kalıtsal hastalıklar

Ailedeki kalıtsal hastalıklar kalıtsal paternine bağlı olarak bazı durumlarda göbek kordonu kanı ile aktarılabilir; bu durum özellikle kanı, bağışıklık sistemini ve hemostazı (kanama bozukluklarında) veya vücudun metabolizmasını etkileyen hastalıklar için geçerlidir. Aşağıdaki liste, bağışın kabul edilemeyeceği anlamına gelen hastalıkların örneklerini göstermektedir:

Konjenital anemi: *Aneminin kalıtsal tipleri* (talasemi majör, orak hücre anemisi, Blackfan-Diamond anemisi)

Akyuvarların veya trombositlerin doğuştan eksikliği: genetik agranülositoz (Kostmann hastalığı, Shwachman-Diamond sendromu, vs.) *Kalıtsal trombositopeni* (X'e bağlı trombositopeni, Wiskott Aldrich Sendromu, Glanzmann trombastenisi)

Konjenital immün yetmezlik hastalıkları: ağır kombine immün yetmezlik (SCID), Wiskott Aldrich Sendromu, Omenn sendromu, hiper-IgM sendromu, Bruton agammaglobulinemi (X'e bağlı agammaglobulinemi, DiGeorge (22q11 delesyon sendromu CHARGE sendromu (kolobom, kalp defekti, koanal atrezi, büyüme ve gelişme geriliği, genital hipoplazi, kulak anomalisi/sağırılık)), ataksi-telenjipektazi, kronik granüloamatöz hastalık (CGD), hemofagositoz (ailesel (FHL), Chediak-Higashi Sendromu, Griscelli sendromu tip 2, XLP (x'e bağlı lenfoproliferatif sendrom)).



Osteoporoz (kalitsal kemik hastalığı).

Konjenital kanama bozuklukları (hemofili), von Willebrand hastalığı)

Kan pıhtıları için kalitsal yatkınlık: *trombotik eğilim* (protein S eksikliği, protein C eksikliği, antitrombin eksikliği ve APC rezistansı)

Metabolik hastalıklar: Gaucher, Niemann-Pick, Mukopolisakkaridoz, Fabry, Wolman, Krabbe

Soru 9: Birinci dereceden akrabalarındaki ciddi hastalıklar

Ciddi hastalıklar ve tedavileri bazen çocuğu etkileyebilir ve birinci dereceden akrabalarındaki kalitsal hastalığın işareti olabilir.

Soru 18-21: Hastalık, olaylar veya diğer ülkelerde harcanan zaman göbek kordon kanı ile bulaşıcı hastalıkların bulaşma riskini etkileyebilir.

Belirli olaylar ve davranışlar, göbek kordon kanı ile bulaşabilen bulaşıcı hastalığı kapma riskini arttırabilir. Bununla alakalı sormamız gereken sorular İsveç kanununa tabidir (SOF 2009:30). Creutzfeldt-Jakob hastalığı, bazı durumlarda kalitsal olabilecek bir bulaşıcı hastalıktır. Birçok bulaşıcı hastalık, İskandinav ülkeleri dışında daha sık görülür, örneğin; frengi, HIV, hepatit, tüberküloz, sıtma ve diğer tropikal hastalıklar. Aşıların bazı türleri (canlı zayıflatılmış virüs) nakillerde bulaşabilen enfeksiyonlara neden olabilir.

Soru 22-26: Gebelik sırasındaki hastalıklar

Gebelik sırasında hastalıklar ve komplikasyonlar (ve onların tedavileri) çocuğun ve gelecekteki alıcının güvenliği için sizi kordon kanı bağışlamaya elverişsiz hale getirebilir. Bu, diğerlerinin yanı sıra antibiyotiklere dirençli bakterilerin taşınmasını, hamilelik sırasındaki ya da doğumdaki enfeksiyonları, preeklampsi gibi şiddetli gebelik komplikasyonlarını veya doğumdan önce veya sonra bebekteki hastalık veya anormallik belirtilerini içermektedir.