

Anamnese- und Spenderfragebogen zur Sammlung von Nabelschnurblut

1. Allgemeine Angaben

Nummernetikett: _____

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Telefon privat:
Email:	Telefon mobil:

Hausarzt / Frauenarzt:	Kinderarzt (falls schon bekannt):
------------------------	-----------------------------------

Ethnische Herkunft der Eltern und Großeltern:

Mutter: _____

Großvater: _____ Großmutter: _____

Vater: _____

Großvater: _____ Großmutter: _____

2. Familienanamnese

Vor einer Spende von Nabelschnurblut benötigen wir Angaben aus der Familien-Vorgeschichte der Schwangeren und des biologischen Vaters. Falls mit „ja“ geantwortet wird, nennen Sie bitte die Erkrankung (Angaben nur zu blutsverwandten Angehörigen des Kindes, wie Eltern, Geschwister, Großeltern notwendig).

Gibt es in den Familien der Schwangeren oder des biologischen Vaters Hinweise auf

genetische Erkrankungen, die das Immun- oder das blutbildende System beeinflussen? z.B. Fanconi-Anämie, Sichelzellanämie, Thalassämie, Sphärozytose, SCID, ADA- oder PNP-Mangel, chronische Granulomatose, Leukodystrophie, Hypoglobulinanämie, Wiskott-Aldrich-Syndrom, Nezelof' Syndrom, DiGeorge Syndrom, Thrombasthenie Glanzmann, hereditäre Thrombozytopenie, Platelet Storage Disease Falls ja, welche Erkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tumoren/Leukämien? Falls ja, welche Erkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stoffwechselerkrankungen? z.B. Speicherkrankheiten, Tay-Sachs Erkrankung, Phenylketonurie, M. Hunter Falls ja, welche Erkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Chromosomale Störungen? z.B. Turner Syndrom, Trisomien, Monosomien, Missbildungs-Syndrome Falls ja, welche Erkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere schwere Erkrankungen? z.B. Autoimmun-Erkrankungen Falls ja, welche Erkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

3. Anamnese der Schwangeren

Vor der Spende von Nabelschnurblut benötigen wir nun noch Angaben aus der Vorgeschichte der Schwangeren selbst. Dies sind zumeist Fragen, die auch von gesunden Blutspendern beantwortet werden müssen, um die Spendefähigkeit beurteilen zu können. Überschneidungen zu den bereits unter Punkt 2 gestellten Fragen können vorkommen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft:

1	Gab oder gibt es bei Ihnen Hinweise für akute oder chronische Erkrankungen , die das lymphatische und/oder das blutbildende System beeinflussen können? z.B. infektiöse oder bösartige Erkrankungen des Knochenmarks oder des Lymphsystems	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2	Haben / hatten Sie eine der folgenden Krankheiten : Osteomyelitis, Tuberkulose, Typhus/ Paratyphus (Salmonellen), Rickettsiose (Q-Fieber, Fleckfieber), Rückfallfieber, Babesiose, Brucellose, Lepra, Tularämie, Melioidose, Leishmaniasis, Trypanosomiasis (Chagas), HTLV-, HIV-, HBV-, HCV-Infektion, Syphilis oder andere Geschlechtskrankheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3	Haben oder hatten Sie jemals eine ansteckende Gelbsucht (Hepatitis), auch unklarer Ursache? Wenn ja, wann? Welche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4	Haben oder hatten Sie Herz-, Gefäß- oder Kreislaufkrankheiten oder Erkrankungen von Lunge, Leber, Nieren, Magen-Darm-, Nervensystem oder Haut bzw. Epilepsie, Rheumatisches Fieber, Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Tumorerkrankungen (Krebs), oder leiden Sie an einer behandlungsbedürftigen Allergie bzw. Autoimmunerkrankung? Wenn ja, woran?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5	Sind oder waren Sie alkohol-, medikamenten- bzw. drogenabhängig oder wenden Sie Medikamente missbräuchlich an?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6	Hatten Sie jemals Malaria bzw. sind Sie in einem Malariagebiet geboren oder haben dort gelebt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7	Sind Sie oder einer Ihrer Blutsverwandten an einer übertragbaren spongiformen Enzephalopathie (TSE) , z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) bzw. Variante der CJK erkrankt oder bestand jemals ein Verdacht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
8	Haben Sie sich vom 1.1.1980 bis 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Verinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten, wurden Sie dort seit 01.01.1980 bis heute operiert oder erhielten Sie dort jemals Blut oder Blutbestandteile ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9	Erhielten Sie jemals eine Bluttransfusion oder erhielten Sie in den letzten vier Monaten Plasmaderivate oder Immunglobuline wie z.B. Tetagam, Beriglobin?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10	Wurde das Kind der aktuellen Schwangerschaft durch eine Samen- oder Eizellspende gezeugt oder tragen Sie als Leihmutter das Kind aus?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Kontakt mit Hepatitis-, HTLV- oder HIV-Infizierten oder gehören Sie zu einem Personenkreis mit erhöhtem Infektionsrisiko? Dazu zählen Personen mit einem positiven Test für AIDS (HIV) , Hepatitis B (HBV) , Hepatitis C (HCV) oder HTLV , bzw. Personen, die an diesen Erkrankungen leiden; Personen, die in den letzten 4 Monaten aus Ländern mit einer vergleichsweise starken Verbreitung für diese Viren zurückgekehrt sind, falls sie sich dort länger als 6 Monate aufgehalten haben, z.B. in Afrika südlich der Sahara, Karibik, Südostasien, Süd- und Mittelamerika; Homosexuelle Männer und bisexuelle Männer ; Männer und Frauen, die der Prostitution nachgehen oder nachgingen; Sextouristen und Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern ; Personen, die sich Drogen spritzen oder gespritzt haben; Bluterkrankte (Hämophile); Strafgefangene; Personen, die in den letzten 4 Monaten Intimkontakt mit einer der oben genannten Gruppen hatten; Personen, die in den letzten 4 Monaten sexuelle Gelegenheitsbekanntschaften hatten, zum Beispiel sogenannte „One-Night-Stands“.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

12	Sind bei Ihnen schwere Komplikationen in der Spätschwangerschaft aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
13	Gibt es bereits Hinweise auf eine schwere hämatologische, immunologische oder entzündliche Erkrankung des Ungeborenen bzw. Neugeborenen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
14	Gibt es bereits Hinweise auf Fehlbildungen des Ungeborenen bzw. Neugeborenen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
15	Hatten Sie innerhalb der letzten Woche einen unkomplizierten Infekt oder waren Sie in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
16	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Durchfallerkrankung , eine Entzündung , einen fiieberhaften Infekt oder Kontakt zu Personen mit ansteckenden Krankheiten (z.B. Masern, Mumps)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
17	Haben / hatten Sie in der aktuellen Schwangerschaft eine der folgenden Infektionen : Cytomegalie-, Parvo B19-Virusinfektion, Röteln, Listeriose oder Toxoplasmose?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
18	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft oder erhielten Sie in den letzten 12 Monaten eine Tollwutimpfung oder Serum tierischen Ursprungs? Wenn ja, welche Impfung? Wann?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
19	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation , auch ambulant, eine Endoskopie (Spiegelung von Magen, Darm o.ä.), eine Katheteranwendung, eine Biopsie oder Akupunktur (bei der keine sterilen Einmalnadeln verwendet wurden)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
20	Ließen Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren , piercen oder ein Ohrloch stechen , haben Sie sich in den letzten 4 Monaten mit einem mit Blut verunreinigten Instrument verletzt (z.B. Nadel), oder hatten Sie Schleimhautkontakt mit Blut (z.B. am Auge)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
21	Waren Sie in den letzten 6 Monaten im außereuropäischen Ausland oder sind jemals während oder nach einem Auslandsaufenthalt unklare Fieberschübe aufgetreten? Wenn ja, wann? Wo?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
22	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen oder erhielten Sie jemals das Aknemittel Tigason, Neotigason oder Roaccutan? Wenn ja, welche? Weshalb?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
23	Haben Sie eine Anti-D-Prophylaxe erhalten? (siehe Mutterpass) Falls ja, bitte verwendetes Präparat <u>unterstreichen</u> : Rhophylac200, Rhophylac300, Partobulin SDF, Rhesonativ, Rhesogam, anderes Präparat:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Weitere Bemerkungen:

Ort, Datum	Unterschrift Schwangere	Unterschrift Arzt/Hebamme
------------	-------------------------	---------------------------

Ergänzungen und Änderungen, falls der Fragebogen nicht unmittelbar zum Geburtszeitpunkt ausgefüllt wurde:

Ort, Datum	Unterschrift Arzt/Hebamme
------------	---------------------------

Herzlichen Dank für die Bearbeitung des Spenderfragebogens!

Dokument: : 17881 / 4 - : FB-MA-P-069A_Anamese- und Spenderfragebogen zur Sammlung von Plazentarestblut (FB-MA-P-069A)	Hinweise:	Gültig ab:18.10.2011
Geltungsbereich: Mannheim-Stammzelllabor;		Status: Gültig
Gültige bzw. genehmigte Formblätter sind elektronisch signiert und daher ohne Unterschrift gültig.		Seite 3 von 3