

ANKIETA OSOBOWO-MEDYCZNA

(Proszę wypełniać drukowanymi literami)

I. Data wypełnienia

II. Dane osobowe

- Imię i nazwisko:

- Adres:

- Tel. Kontaktowy:

- Adres e-mail:

- PESEL:

- Miejsce i kraj urodzenia

- Płeć: K M

- Wzrost [w centymetrach]

- Waga [w kilogramach]

III. Wywiad zdrowotny

Czy chorujesz na hemofilię? TAK NIE

Uczestnik ze stwierdzoną hemofilią jest wykluczony z badania - ryzyko wystąpienia krwawienia z nosa.

Czy przyjąłeś w ciągu ostatnich 3 dni szczepionkę donosowo na grypę typu A TAK NIE

Uczestnik po szczepieniu donosowym może zgłosić się na pobranie po 3 dobach od szczepienia.

1. Czy w ciągu 12 m-cy wystąpiło:

- | | | |
|--|---|--|
| a) przeziębienie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| b) zakażenia górnych dróg oddechowych (GDO): | <input type="checkbox"/> zapalenia gardła i migdałków | <input type="checkbox"/> zapalenie ucha środkowego |
| | <input type="checkbox"/> zapalenia zatok przynosowych | <input type="checkbox"/> zapalenia nagłośni |
| | <input type="checkbox"/> zapalenia krtani | <input type="checkbox"/> żadne z powyższych |
| c) zakażenia dolnych dróg oddechowych (DDO) | <input type="checkbox"/> ostre zapalenia oskrzeli | <input type="checkbox"/> ostre zapalenie oskrzelików |
| | <input type="checkbox"/> zapalenia płuc | <input type="checkbox"/> grypa |
| | <input type="checkbox"/> żadne z powyższych | |

Czy wiadomo co było czynnikiem zakaźnym TAK NIE

Jakie:

d) zakażenie układu moczowego TAK NIE

Czy wiadomo co było czynnikiem zakaźnym TAK NIE

Jakie:

e) zakażenie układu pokarmowego TAK NIE
Czy wiadomo co było czynnikiem zakaźnym TAK NIE

Jakie:

f) zakażenia krwi: HIV HCV
 HBV bakterie

Jakie bakterie:

2. Czy chorujesz na choroby przewlekłe? TAK NIE

Jakie:

3. Czy przyjmujesz regularnie leki (również aspirynę, leki przeciwkrzepliwie)? TAK NIE

Jakie:

4. Czy wystąpiły u Ciebie:

uczulenie alergia
 nietolerancja żadne z wymienionych

*Jaka?

5. Czy w Twojej rodzinie wystąpiły:

zawał mięśnia sercowego udar mózgu
 nagły zgon nadciśnienie tętnicze
 cukrzyca* uczulenia*
 alergia* nadwrażliwość*
 nowotwór* żadne z wymienionych

*Jaka?

6. Czy palisz papierosy: TAK NIE

Ile lat?

Ile paczek dziennie?

7. Czy uprawiasz sport: TAK NIE

Jaki?

Ile godzin tygodniowo?

.....
Czytelny podpis dawcy