

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 TAK NIE
- b) zakażenia górnych dróg oddechowych (GDO): zapalenia gardła zapalenie ucha
i migdałków zapalenie zatok zapalenie nagłośni
przynosowych zapalenia krtani żadne z powyższych
- c) zakażenia dolnych dróg oddechowych (DDO): ostre zapalenie ostre zapalenie
oskrzeli zapalenie płuc grypa
 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

bakteryjne

wirusowe

pasożytnicze

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 przeciwwkrzepliwie, suplementy)?

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?

8. Jak oceniasz swój stan zdrowia?

9. Czy jesteś w ciąży?

TAK

NIE

nie dotyczy

.....
Czytelny podpis dawcy