

DOTAZNÍK DÁRKYNĚ VAJÍČEK

Jméno a příjmení:	Datum narození:
Rodné příjmení:	Zdravotní pojišťovna: Telefon: E-mail:
Trvalé bydliště:	Přechodné bydliště:
Národnost:	Občanství:

Jméno, příjmení: _____

Datum vyplnění: _____

Fyzické charakteristiky:

Fyzická stavba těla (postava): Malá Střední Velká Atletická

Věk: _____ Výška: _____ Hmotnost: _____ Barva očí: _____

Přirozená barva vlasů _____ Přirozená struktura vlasů: Jemné Řídké Husté

Barva vlasů při narození: _____ Rovné Mírně vlnité Vlnité Velmi vlnité Kudrnaté

Pleť: Světlá Světlá s pihami Střední Olivově tmavá

Vaše etnikum (tj. české, německé, romské atd.) _____

Etnikum Vašich rodičů _____

Etnikum Vašich prarodičů _____

Máte mateřská znaménka? Ne Ano

Pokud ano, popište (jaké a kde) _____

Máte dolíčky na tvářích ? Ne Ano

Jste Pravák Levák Obojí

Náboženská preference _____ Aktivně? Ne Ano

Jste kuřák? Ne Ano Pokud ano, jak dlouho? _____ Počet cigaret/krabiček za den _____

Kouřila jste v minulosti? Ne Ano Pokud ano, kdy jste přestala kouřit? _____

Kouří ve Vaší domácnosti Váš choť nebo jiný člen rodiny? Ne Ano

Kolik kouří za den? _____

Pijete alkohol? Ne Ano Pokud ano, _____ (průměrný počet drinků za týden)

Vypište prosím všechny léky na předpis i léky bez lékařského předpisu, které užíváte (zahrňte veškeré volně prodejné léky, včetně vitamínů, aspirinu, případně neutralizujících žaludeční kyseliny, projímadla atd...Pokud potřebujete více místa, použijte zadní stranu tohoto listu.)

Název léku	Jak často?	Důvod
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kolik dnů během předchozích 12 měsíců jste nemohli pracovat v důsledku nemoci (nachlazení, chřipky, úrazy, operace atd.)? _____ dnů

Užívala jste někdy nebo užíváte momentálně některé z následujících drog? Ne Ano

Označte prosím všechny někdy užívané drogy či látky:

Typ	Jak často	Kdy (roky)	Jakým způsobem?
Kokain			
Narkotika: heroin, metadon, opium, kodein, morfin (zakroužkujte prosím všechny, které jste kdy užívala)			
Amfetaminy/halucinogeny			
Sedativa			
Antidepresiva			
PCP			
Inhalační drogy			
Jiné (specifikujte prosím)			

Jste adoptovaná? Ne Ano

Pokud ano, znáte svou lékařskou historii/anamnézu? Ne Ano

Byla u Vás někdy diagnostikována nebo byla jste někdy léčena s psychickou nemocí?

Ne Ano Pokud ano, popište diagnózu a léčbu:

Je ve Vaší rodině člen, který měl nebo momentálně má poruchu učení?

Ne Ano Pokud ano, vysvětlete:

Máte nějaké bratry nebo sestry, kteří umřeli v kojeneckém nebo dětském věku?

Ne Ano Pokud ano, vysvětlete:

Vyskytují se ve Vaší rodině nějaké známé genetické nemoci nebo předpoklady pro takové nemoci?

Ne Ano Pokud ano, vysvětlete:

Rodinný stav: Svobodná Vdaná Samotně žijící Rozvedená Vdova

Jak dlouho vdaná? _____ let

Pokud jste vdaná, uveďte jméno manžela: _____

Byla jste někdy těhotná? Ne Ano

Pokud ano, kolikrát jste byla těhotná? _____

Kolik kilogramů jste v průměru během těhotenství přibrala? _____

Počet potratů (pokud k nějakému došlo)? _____

Počet dobrovolných interrupcí (pokud byly)? _____

Máte děti? Ne Ano Pokud ano, kolik? _____

Věk a pohlaví dětí _____

Popište veškeré zdravotní problémy dětí:

Zemřelo Vám některé z dětí? Ne Ano

Pokud ano, udejte prosím věk a příčinu úmrtí: _____

Vzdělání:

Nejvyšší dokončené vzdělání _____

Rok absolvování střední školy _____

Navštěvovaná střední škola
(název) _____

Navštěvovala jste vysokou školu? Ne Ano

Pokud ano, počet absolvovaných let _____

Vysoká škola (název) _____

Získaný titul _____

Jste nyní studentem vysoké školy? 1.ročník 2.ročník 3.ročník 4.ročník 5.ročník

Výsledek IQ testu) pokud byl absolvován) _____ Kdy? _____

Máte potíže s učením Ne Ano Pokud ano, popište

Které předměty byly Vašimi oblíbenými? _____

Které předměty byly Vašimi nejméně oblíbenými?

Plánujete v budoucnu Vaše další vzdělávání? Ne Ano Pokud ano, co plánujete dělat?

Další studijní aktivity, koníčky, zájmy

Sexuální anamnéza:

Měla jste nebo byla jste někdy Vy nebo některý z Vašich sexuálních partnerů v kontaktu s někým, kdo měl:

Onemocnění	Vy		Partner		Pokud ano, kdy?	Pokud ano, jak často?
HIV/AIDS						
Nespecifická uretritida						
Syfilis						
Kapavka						
Chlamydie						
Pohlavní bradavice						
Opar						
Virová hepatitida B nebo C						
Hemofilie						
Porucha krevní srážlivosti						
Nitrožilní užívání drog						
Jiné pohlavně přenosné choroby: Definujte prosím:						

HTLV - virová infekce způsobená virem podobným viru HIV/AIDS s obdobnými klinickými příznaky. Vyskytuje se v zemích Karibiku, Jižní Ameriky, Japonsku, Mikronésii a centrální Africe.

Navštívila jste tyto oblasti v posledním roce, pocházíte z těchto oblastí, žila jste zde, nebo máte sexuálního partnera s tímto původem ?

Ne Ano Pokud ano, popište:

Pracovní anamnéza:

Uveďte zaměstnání za posledních 5 let:

Jméno/název zaměstnavatele	Povolání	Datum nástupu/ukončení PP	Důvod ukončení PP

Byla jste ve Vašem životním či pracovním prostředí vystavena jakýmkoliv toxickým chemikáliím?

Ne Ano Pokud ano, popište:

Rodinná anamnéza:

	Barva očí	Barva vlasů	Pleť	Výška	Typ těla	Zrak
Matka						
Otec						
Sourozenci (uvedte pohlaví)						
Babička ze strany matky						
Dědeček ze strany matky						
Babička ze strany otce						
Dědeček ze strany otce						

Ve výše uvedené tabulce popište pomocí následujících termínů *biologické* členy své rodiny:

Barva očí: použijte přirozenou barvu očí a vlasů

Pleť: použijte termíny jako světlá/tmavá/olivová

Typ těla: použijte malá/střední/velké dispozice

Zrak: Brýle/kontaktní čočky?

Kolik sourozenců je ve Vaší nejbližší rodině (včetně Vás)? _____ žen _____ mužů

Vyskytují se ve Vaší rodině nějaké mnohočetné porody (dvojčata, trojčata atd.)? Ne Ano
Pokud ano, v jakém příbuzenském vztahu jsou s Vámi?

Níže uveďte věk biologických členů své rodiny (Pokud již zemřeli, uveďte prosím příčinu smrti)

	Věk (pokud žije)	Věk v době úmrtí	Příčina smrti
Matka			
Otec			
Sourozenci (uvedte pohlaví)			
Babička ze strany matky			
Dědeček ze strany matky			
Babička ze strany otce			
Dědeček ze strany otce			

Rodinná anamnéza (pokračování):

Vyskytují se ve Vaší rodině nějaké známé nemoci nebo předpoklady pro takové nemoci?

Ne Ano Pokud ano, popište:

Byla jste někdy testována jako nositel následující nemoci:

Tayova-Sachsova nemoc	Nositel	Nenositel	Neznámo
Srpkovitá anémie	Nositel	Nenositel	Neznámo
Talasemie	Nositel	Nenositel	Neznámo
Cystická fibróza	Nositel	Nenositel	Neznámo

Pečlivě vyplňte níže uvedenou tabulku pro všechny *biologické* členy rodiny. Zde jsou použité zkratky:

MM= babička ze strany matky (matka vaší matky) MO=babička ze strany otce (matka vašeho otce)

OM= dědeček ze strany matky (otec vaší matky) OO= dědeček ze strany otce (otec Vašeho otce)

SM= tety ze strany matky (sestry vaší matky) SO= tety ze strany otce (sestry Vašeho otce)

BM= strýcové ze strany matky (bratři vaší matky) BO= strýcové ze strany otce (bratři vašeho otce)

DSM= bratřenci a sestřenice z prvního kolena ze strany matky (děti sourozenců Vaší matky)

DSO= bratřenci a sestřenice z prvního kolena ze strany otce (děti sourozenců Vašeho otce)

	Vy	Matka	Otec	Sourozenci		Prarodiče				Tety		Strýcové		Sestřenice a bratrance	
				bratr	sestra	MM	OM	MO	OO	SM	SO	BM	BO	DSM	DSO

Rasa/etnický původ						----	----	----	----	---	---	----	----	-----	-----
Srdce: Mrtvice															
Srdeční infarkt															
Srdeční choroba/vada od narození															
pod 50 let															
Kornatění cév															
Vysoký krevní tlak															
Vysoká hladina cholesterolu															
Krev: Krevní skupina															
Anémie															
Srpkovitá chudokrevnost															
Hemofilie Poruchy krvácení															
HIV / AIDS															
Leukémie															
Jiné poruchy krve															
Dýchací ústrojí: Astma															
Rozedma plic															
Tuberkulóza															
Cystická fibróza															
Gastrointestinální poruchy: Vředy															
Hepatitida (všech typů)															
Cirhóza/onemocnění jater															
Ulcerózní kolitida															
Cronova nemoc															
Stenóza pyloru															
Rektální onemocnění															

	Vy	Matka	Otec	Sourozenci	Prarodiče	Tety	Strýcové	Sestřenice a bratřenci
--	----	-------	------	------------	-----------	------	----------	---------------------------

				bratr	sestra	MM	OM	MO	OO	SM	SO	BM	BO	DSM	DSO
Metabolický systém/endokrinní soustava Cukrovka Typ I nebo typ II															
Věk v době stanovení diagnózy															
Onemocnění štítné žlázy															
Struma															
Hyperaktivita															
Fenylketonurie															
Nanismus															
Močové ústrojí: Onemocnění ledvin															
Jiné nemoci/vady močového ústrojí (močová trubice, močový měchýř, močovod atd.)															
Pohlavní/reprodukční soustava: Hermafroditismus															
Vrozený defekt															
Nádory na děloze															
Cysty na vaječnících															
Endometrióza															
Výsledky pokusů o reprodukci: 2 nebo více potratů															
Mrtvě narozené dítě															
Úmrtí novorozence															
Neplodnost															
Neurologická soustava: Migrény															
Mentální retardace															
Senilita ve věku dřívějším než 50let															
Roztroušená skleróza															
Mozková obrny															
Epilepsie/záchvaty															
Hydrocefalus															
	Vy	Matka	Otec	Sourozenci		Prarodiče				Tety		Strýcové		Sestřenice a bratřenci	

				bratr	sestra	MM	OM	MO	OO	SM	SO	BM	BO	DSM	DSO
Rozštěp obratle															
Vada nervové trubice															
Parkinsonova choroba															
Nemoc šílených krav															
Schizofrenie															
Maniodepresivní psychóza nebo bipolární porucha															
Huntingtonova choroba															
Jiné (sebevražda, nervové zhroucení atd.)															
Svaly/kosti/klouby: Skolióza															
Svalová dystrofie															
Jiné chronické onemocnění svalů															
Ztráta svalové koordinace															
Lupus															
Jiné autoimunní onemocnění															
Osteoporóza															
Marfanův syndrom															
Artritida															
Zrak/sluch/čich: Ztráta sluchu dříve než v 60 letech															
Deformita ucha															
Šedý zákal dříve než v 50 letech															
Slepota															
Barvoslepost															
Zelený oční zákal															
Zánět sítnice															
Jiné poruchy															
Pokožka: Akné															
Ekzém															
Poruchy pigmentace															
Neurofibromatóza															
	Vy	Matka	Otec	Sourozenci	Prarodiče					Tety		Strýcové		Sestřenice a bratřenci	

				bratr	sestra	MM	OM	MO	OO	SM	SO	BM	BO	DSM	DSO
Vrozené vady: Rozštěp rtu nebo patra															
Vrozené problémy s kyčlemi															
Vady nohou															
Jiné (definujte prosím)															
Chromozomální odchylky: Downův syndrom															
Jiné (Turner, syndrom fragilního X atd.)															
Rakovina: Rakovina prsu															
Rakovina vaječníků															
Rakovina tlustého střeva															
Rakovina kůže															
Rakovina štítné žlázy															
Karcinom děložního čípku															
Rakovina dělohy															
Rakovina plic															
Nádor na mozku															

Osobní otázky a otázky týkající se motivace k darování vajíček:

Váš důvod k darování vajíček:

Popište svými vlastními slovy Vaši osobnost:

Jaké jsou Vaše koníčky, zájmy a nadání?:

Kterou z vašich fyzických aktivit považujete za nejlepší ?:

Co se Vám na Vaší osobě nejvíce líbí ?:

Toto místo je určeno ke sdělení zprávy příjemkyní Vašich vajíček. Sdělte, co Vás činí mimořádnou. Je to příležitost pro Vás, napsat potenciálním příjemcům - rodičům, kteří si Vás vyberou jako dárce, jakýkoliv vzkaz:

Čestné prohlášení

Prohlašuji tímto, že jsem zodpověděla všechny výše uvedené otázky čestně a podle mého nejlepšího vědomí a svědomí. Beru v úvahu, že personál centra pro léčbu neplodnosti a potenciální příjemkyně se na tyto informace budou spoléhat při posuzování mé vhodnosti jako kandidáta na darování vajíček. Podstoupím stanovená vyšetření pro zařazení do programu dárcovství. V případě, že se z jakéhokoliv důvodu rozhodnu přerušit darování oocytů v době, kdy už mi byla provedena některá vyšetření, beru na vědomí, že uhradím poplatky spojené s těmito vyšetřeními.

Byla jsem také informována o uchování dotazníku v evidenci zařízení a údaje, v něm obsažené mohou být poskytnuty potenciálním příjemkyním darovaných vajíček nebo dětem narozených v důsledku darování vajíček. Souhlasím poskytováním takových informací, které nebudou prozrazovat mou identitu. Prohlašuji, že oocyty daruji centru asistované reprodukce EuroFertil CZ za účelem užití v programu dárcovství a dávám souhlas k tomu, aby mnou darované oocyty byly použity k provedení umělého oplodnění mně neznámé příjemkyně.

Neprodleně oznámím všechny nově vzniklé závažné okolnosti, které byly obsahem dotazníku, zvláště pak podezření na dědičnou nemoc, sexuálně přenosnou nemoc u sebe či svého partnera, narození poškozeného dítěte v rodině.

Po odběru vajíček dodržím povinnost krevních testů po 6 měsících, bude-li vyžadováno. Místopřísežně prohlašuji, že nebudu pátrat po osudu dětí zplozených z mých darovaných oocytů.

Dle vyhlášky č. 422/2008 Sb. Přílohy 2 bod 2 prohlašuji, že jsem

a) porozuměla poskytnutým informacím

b) měla jsem možnost klást otázky a dostalo se mi uspokojivých odpovědí

c) potvrzuji, že všechny informace mnou poskytnuté, jsou podle mého nejlepšího vědomí úplné a pravdivé

Podpis potenciální dárkyně	V Ostravě dne

Poučil(a) a případné dotazy zodpověděl(a): Jméno, přímení a podpis