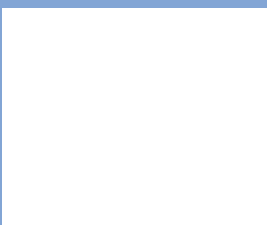


COD DE BARE / BARCODE:



## CHESTIONAR MEDICAL AL AMAMEI

Nr. referință client: \_\_\_\_\_  
Client Reference No:

Prenume: \_\_\_\_\_  
First Name:

Nume de familie: \_\_\_\_\_  
Last Name:

Data nașterii: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
DoB:

În scopul de a stoca proba în condiții de siguranță, trebuie să vă punem câteva întrebări. Acestea sunt necesare pentru Human Tissue Authority (Autoritatea pentru Tesuturi Umane), autoritatea guvernamentală din Marea Britanie care acordă autorizații de funcționare în domeniul procesării, analizării și stocării de probe biologice umane. Apreciam că unele dintre aceste întrebări pot fi foarte sensibile. Răspunsurile dumneavoastră vor fi tratate în mod strict confidențial.

Întrebări medicale: Vă rugăm să răspundeți cu o bifă (✓) Da / Nu la următoarele întrebări. Dacă răspunsul este afirmativ la oricare dintre întrebări, trebuie să furnizați detalii suplimentare în partea de jos a formularului.

In order to store your sample safely, we need to ask you a few questions. These are required to be asked by the Human Tissue Authority who licence us. We appreciate that some of these questions may be very sensitive. Your answers will be treated in strictest confidence.

Medical Questions: Please indicate with a tick (✓) Yes/No to the following  
If you answer yes to any of the following you must give further details at the bottom of the form.

Întrebări generale de sănătate General Health Questions	Da Yes	Nu No
Ați suferit o donație ovulară sau embrionară sau va regasiți în situația de mama-surogat pentru această sarcină? Have you undergone egg or embryo donation or surrogacy for this pregnancy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dacă da, este necesar un istoric medical atât pentru mama biologică cât și pentru mama-surogat. Asigurați-vă că furnizați 2 chestionare completate, dacă este cazul. If yes a medical history is required for both the biological and birth mother. Please ensure that you provide 2 completed questionnaires if applicable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aveți probleme generale de sănătate? Do you have any general health problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luați în prezent medicație pe bază de prescriere medicală? Are you currently taking any prescription medications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați avut orice fel de complicații cu această sarcină sau cu alte sarcini anterioare? Have you had any complications with this pregnancy or any previous pregnancies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A avut cineva în familia maternă sau paternă orice boală care să se fi transmis genetic? Has anyone in your paternal or maternal family had any disease that runs in the family?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Părinții sau frații dumneavoastră au fost diagnosticați vreodată cu cancer? Have your parents or siblings ever been diagnosed with cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați avut un istoric rapid de demență progresivă sau boli neurologice degenerative? Have you had a rapid history of progressive dementia or degenerative neurological disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sunteți diabetică? Are you diabetic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați primit vreodată un transplant cu țesut corneal/scleral, ocular sau dura matter, sau ați fost supusă unei intervenții neurochirurgicale înainte de august 1992? Have you ever received a corneal/scleral, ocular tissue or dura matter graft or undergone neurosurgery prior to August 1992?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi s-a spus vreodată, dvs. sau cuiva din familia dvs. sau familia tatălui biologic, că suferiți (sau că suferă) de o boală genetică? Has anyone in your family or the biological father's family been told that they (or you) have a genetic disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi s-a administrat dvs. sau cuiva din familia dvs. hormoni de creștere obținuți de la cadavru? Have you or anyone in your family received cadaveric growth hormones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dvs. sau mama dvs. ați/a fost născută în America de Sud? Were you or your mother born in South America?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați primit vreodată o transfuzie de sânge sau de produse din sânge sau concentrate cu factori de coagulare? Have you ever received a transfusion of blood or blood products or clotting factor concentrates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi s-a spus vreodată să nu donați sânge? Have you been told not to donate blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V-ați injectat vreodată droguri/medicamente pentru motive non-medicale? Ever injected yourself with drugs for non-medical reasons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați primit bani sau droguri în schimbul sexului? Received money or drugs in exchange for sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi s-au administrat vreodată extracte hipofizare din afara UK sau din UK înainte de 1986 (de exemplu hormoni de creștere, tratament de fertilitate etc.) Have you received any pituitary extracts from outside the UK or before 1986 in the UK (i.e. growth hormones, fertility treatment etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dvs. sau cineva din familia dvs. suferiți/suferă de anemie falciformă, talasemie, anemie aplastică, anemie Fanconi sau alte tulburări de sânge? Do you or anyone in your family suffer from sickle cell anaemia, thalassaemia, aplastic anaemia, Fanconi's anaemia or any other blood disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Întrebări Specifice de Sănătate / Specific Health Questions</b>		
Ați fost vreodată diagnosticată cu sau expusă la HIV (SIDA) și testată pozitiv pentru HIV (SIDA)? Have you been diagnosed with or been exposed to HIV (AIDS) and tested positive for HIV (AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați fost diagnosticată vreodată cu cancer? Have you been diagnosed with cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați primit vreodată grefe osoase? Have you received any bone grafts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dvs. sau cineva din familia dvs. ați/a fost diagnosticată cu boala Creutzfeldt-Jacob (CJD)? Have you or anyone in your family been diagnosed with Creutzfeldt-Jacob Disease (CJD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați fost vreodată diagnosticată cu tuberculoză sau expusă la tuberculoză? Have you ever been diagnosed with tuberculosis or been exposed to tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ați suferit vreodată de sifilis? Have you ever had syphilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați suferit vreodată de hepatită? Sunteți purtător de hepatită? Have you ever had hepatitis? Are you a Hepatitis carrier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați vizitat în ultimele 2 luni vreo zonă afectată de Virusul Ebola? Have you in the last 2 months visited an Ebola Virus affected area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>În ultimele 3 luni / In the past three months have you</b>		
Vi s-a administrat vaccinuri (inclusive variolă)? Received any vaccinations (including smallpox)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați avut contact cu vreo persoană care a fost vaccinată pentru variolă? Had contact with anyone who had a smallpox vaccination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>În ultimele 12 luni / In the past three months have you</b>		
Ați fost tratată pentru gonoree? Been treated for gonorrhoea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați suferit un transplant de organe sau de celule stem? Have you received an organ or stem cell transplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați suferit vreodată un transplant sau o procedură care să fi implicat expunerea la celule vii, țesuturi sau organe de la un animal? Have you had a transplant or procedure that has involved being exposed to live cells, tissues or organs from an animal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați suferit vreodată de malarie sau ați avut febră ridicată după o călătorie în străinătate? Have you ever suffered from Malaria or suffered from a high fever during after travelling abroad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sunteți monitorizată din cauza unui istoric de contact cu un pacient infestat cu virusul Ebola sau din cauza unei alte expuneri la virusul Ebola? Are you being monitored due to a history of contact with an Ebola Virus Disease patient or other exposure to Ebola Virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați călătorit în America de Sud? Have you travelled to South America?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>În ultimele 6 luni / In the past 6 months have you</b>		
Ați suferit piercinguri, tatuaje, acupunctură, sau rănire accidentală prin înțeparea cu un ac sau ați venit în contact cu sângele altcuiva? Had any body piercing, tattoo, acupuncture, or accidental needle stick injury or come in contact with someone else's blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi s-a spus că aveți boala Western Nile sau ați fost testată pozitiv cu boala Western Nile? Been told that you have Western Nile Disease or tested positive or Western Nile Disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați trait sau călătorit în oricare dintre următoarele țări: nordul Italiei, Grecia, Macedonia (greacă), România, Rusia, America de Nord sau Israel? Lived or travelled to any of the following countries, Northern Italy, Greece, Macedonia (Greek), Romania, Russia, Northern America or Israel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați fost diagnosticată cu infecție ZIKV (virus Zika) în orice moment în timpul acestei sarcini? Have you had a medical diagnosis of ZIKV (Zika virus) infection at any point during this pregnancy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ați locuit sau călătorit într-o zonă cu transmisie ZIKV activă în orice moment în timpul sarcinii? Have you lived or travelled to an area with active ZIKV transmission at any point during your pregnancy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ați făcut sex în orice moment în timpul sarcinii, cu un bărbat care a fost diagnosticat cu infecție ZIKV, ați trăit sau ati călătorit într-o zonă cu transmisie activă ZIKV în ultimele 6 luni?

Have you had sex at any point during your pregnancy with a male who has been diagnosed with ZIKV infection, lived or travelled to an area active with ZIKV transmission within 6 months?

**În ultimele 12 luni ați făcut vreodată sex cu:  
/ In the last 12 months have you ever had sex with:**

Un partener care a făcut sex cu cineva în schimbul drogurilor sau banilor?  
A partner who has had sex with someone in exchange for drugs or money?

Un partener care și-a injectat droguri/medicamente pentru motive non-medicale?  
A partner who has injected themselves with drugs for non-medical reasons?

Un partener care a fost diagnosticat cu HIV, hepatita B sau C?  
A partner who has been diagnosed with HIV, Hepatitis B or C?

Un bărbat care a făcut sex cu un alt bărbat?  
A man who has had sex with another man?

Cu cineva care ar fi putut face sex în parti ale lumii unde HIV/SIDA este comună?  
With someone who may have had sex in part of the world where HIV/AIDS is common?

După ce ați răspuns la toate întrebările de mai sus, aveți orice alte motive medicale care sa va îngrijoreze cu privire la colectarea sângelui din cordonul ombilical al copilului dvs.?

Having answered all the above questions do you have any other medical concerns about the collection of your baby's Cord Blood?

Dacă ați răspuns DA la oricare dintre întrebările de pe acest formular, vă rugăm să oferiți detalii în câmpul de mai jos sau sunați-ne pentru a le discuta în continuare, în mod confidențial. Asigurați-vă că semnați formularul acesta.

Dacă ați răspuns afirmativ la oricare dintre întrebări vă rugăm să oferiți mai multe detalii aici. Utilizați o altă foaie de hartie dacă aveți nevoie.

If you have answered yes to any questions please provide more details here. Use another sheet if you need to.

If you have answered YES to any of the questions on this form please give details on the continuation sheet below or call us to discuss them further in confidence. Please ensure you sign the next page.

Prin semnarea acestui formular recunosc că am peste 17 și că sunt apta de a dona sânge.

Declar că am răspuns la întrebările de mai sus în mod corect și conform cunoștințelor mele.

Declar că am primit, am citit și am înțeles materialele educaționale oferit mie și am avut posibilitatea de a pune întrebări.

In signing this form I acknowledge that I am over 17 and able to donate blood.

I certify that I have answered the above questions truthfully and to the best of my knowledge.

I certify that I have received, read and understood the educational material provided to me and had the opportunity to ask any questions.

Semnătura mamei \_\_\_\_\_  
Mother's Signature

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Date:

CNP: \_\_\_\_\_

În cazul în care acest formular este completat cu mai mult de 7 zile înainte de data nașterii, trebuie să fie efectuată o reexaminare pentru a verifica dacă nu ați fost expusă la boli infecțioase după completarea formularului

If this form is completed more than 7 days before the date of birth, a review must be performed to check that you have not been exposed to infectious diseases since completing the form.