



## Медицинска история на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ

Име на майката: ..... с ЕГН .....

Име на биологичния

баща: ..... с ЕГН .....

**През изминалата година (дванадесет месеца назад) Вие или биологичният баща имали ли сте следните здравословни проблеми:**

Указания при попълването:

1. При попълване на приложението служител (лекар) от ..... при необходимост може да Ви разясни въпросите.

2. В съответното квадратче за положителен или отрицателен отговор към всеки въпрос отбележете със знака × или ✓.

3. Ако отговорът е положителен посочете датите отглаго на отговора Да (където има пунктирна линия), и обяснете в полето за допълнителна информация/разяснения предоставено най-отдолу в случай на необходимост за по нататъшно разясняване.

No	Въпрос	Отговори	
		Майка	Биологичен баща
1	Посещавали ли сте ендемични за малария райони?	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
2	Има ли ли сте контакт с болни от хепатит; инжектиране на гама-глобулин заради инфекции?	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
3	Имате ли положителни резултати или проведено лечение за полово предавани болести (СПИН, хепатит, сифилис)?	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
4	Получавали ли сте кръв или кръвни продукти, тъканни продукти или органични трансплантации?	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
5	Имали ли сте необяснима загуба на тегло или продължителна повишена температура?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
6	Имате ли татуировка, пийрсинг или извършвана акупунктура?	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	..... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
7	Приемате ли някакви лекарства? В случай, че отговорът е положителен, посочете какви са лекарствата.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
8	Има ли сте усложнения по време на тази или предхождащи бременности?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
9	Злоупотреба с алкохол?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
10	Имате ли диагностицирани кръвни заболявания?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
11	Боледувала ли сте от туберкулоза, малария и др.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
12	Имала ли сте хронични заболявания?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
13	Използвали ли сте лекарства за венозно приложение без да бъдат предписани от лекар?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
14	Някои от членовете на съответните семейства бил ли е болен от: апластична анемия, анемия на Фанкони, сърповидно-клетъчна анемия, таласемия, хронична грануломатоза, синдром на Хънтър, тежък имунодефицитен синдром, левкемия или някаква генетично детерминирана болест?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
15	Някои от членовете на съответните семейства бил ли е болен от болест на Кройцфелд-Якобс?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
16	Имате ли повече от един кръвен роднина болен от болест на Кройцфелд-Якобс?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ

Майка:	Биологичен Баща:	Стр. 1 от стр. 2
--------	------------------	------------------

