

| | | | |
|---|--|-----------------|---|
| logo | NAZWA TWOJEJ KLINIKI IVF https://dokumentacja-ivf.pl/ | numer dokumentu | |
| | | Wydanie 1 | - |
| Karta kwalifikacji kandydatów na dawstwo komórek rozrodczych (dawstwo partnerskie) | | | |

| | |
|------------------------------|--|
| PŁEĆ | <input checked="" type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| DATA ZGŁOSZENIA | |
| IMIĘ I NAZWISKO | Anna Nowak |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA | 19.01.1988 Poznań |
| PESEL* | 8 8 0 1 1 9 X X X X X |
| ADRES ZAMIESZKANIA I TELEFON | Poznań, Os. Łódzkie 54/2, 61-600, 123-345-678 |

DANE FONETYPOWE

Waga w kg.....

Wzrost w cm.....

- | | | | |
|----------------------|--|---|--|
| Budowa ciała | <input type="checkbox"/> ektomorficzna (szczupła) | <input type="checkbox"/> mezomorficzna (atletyczna) | <input type="checkbox"/> endomorficzna (korpulentna) |
| Kolor oczu | <input type="checkbox"/> niebieskie | <input type="checkbox"/> zielone | <input type="checkbox"/> brązowe |
| Kolor włosów | <input type="checkbox"/> blond <input type="checkbox"/> rude | <input type="checkbox"/> szatyn | <input type="checkbox"/> czarne |
| Struktura włosów | <input type="checkbox"/> proste | <input type="checkbox"/> falowane | <input type="checkbox"/> kręcone |
| Rasa | <input type="checkbox"/> biała | <input type="checkbox"/> żółta | <input type="checkbox"/> czarna |
| Pochodzenie etniczne | <input type="checkbox"/> Romowie <input type="checkbox"/> Karaimi(Egipt, Syria, Irak) | <input type="checkbox"/> Łemkowie <input type="checkbox"/> Inne..... | <input type="checkbox"/> Tatarzy |

WYWIAD LEKARSKI

| | |
|---|--|
| 1. Czas i przebieg dotychczasowego leczenia niepłodności | |
| 2. Problemy zdrowotne współistniejące z niepłodnością, w tym chorób o nieznanym etiologii w wywiadzie | |
| 3. Wady wrodzone i choroby genetyczne występujące w rodzinie | |

| | |
|---|--|
| 4. Czynna choroba nowotworowa lub choroba nowotworowa w wywiadzie | |
| 5. Ryzyko przeniesienia lub obecności czynników ryzyka związanych z zakażeniem patogenami lub chorobami(HIV, HBV, HCV, HTRL-I, CMV, MALARIA, T.CRIZI) | |
| 6. Przewlekła lub stwierdzona w wywiadzie uogólniona choroba autoimmunologiczna | |

Badanie przedmiotowe

| |
|--|
| |
|--|

Wykaz badań laboratoryjnych, jakim powinna podlegać dawca/dawczyni komórek rozrodczych i zarodków (DAWSTWO PARTNERSKIE)

| Lp. | Badanie | Norma | Wynik(dodatni/ujemny) | Uwagi |
|-----|---|-----------|-----------------------|---|
| 1 | Anty-HIV-1,2 | Negatywny | | |
| 2 | HBsAg; Anty-HBc | Negatywny | | |
| 3 | Anty-HCV-Ab | Negatywny | | |
| 4 | VDRL | Negatywny | | |
| 5 | Badanie na obecność przeciwciał HTLV-I | | | Badaniu poddaje się kandydatów na dawców pochodzących z obszarów o wysokiej zachorowalności lub których partnerzy seksualni bądź rodzice pochodzą z takich obszarów |
| 6 | Badania w kierunku malarii, wirusa CMV, pierwotniaka T. cruzi | Negatywny | | Wykonanie badania jest uzależnione od odbywanych przez dawczynię podróży i możliwości jego narażenia oraz właściwości oddawanych komórek |
| 7 | Badania antygenów RhD | Negatywny | | Wykonanie badania jest uzależnione od danych pozyskanych w wywiadzie medycznym lub historii choroby |

Orzeczenie o stanie zdrowia dawczyni/dawcy komórek rozrodczych/zarodków:

- brak przeciwwskazań do zastosowania u biorczyni *komórek rozrodczych*
- brak przeciwwskazań do zastosowania u biorczyni *zarodka*
- stwierdzono przeciwwskazania do zastosowania u biorczyni *komórek rozrodczych*
- stwierdzono przeciwwskazania do zastosowania u biorczyni *zarodka*

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza

O nieprawidłowych wynikach badań kandydat/ka na Dawcę został/a poinformowana:

| Data | Sposób poinformowania |
|------|-----------------------|
| | |

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza

| | | | |
|---|--|------------------------|---|
| logo | NAZWA TWOJEJ KLINIKI IVF https://dokumentacja-ivf.pl/ | numer dokumentu | |
| | | Wydanie 1 | - |
| Karta kwalifikacji kandydatów na dawstwo komórek rozrodczych (dawstwo partnerskie) | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PŁEĆ | <input type="checkbox"/> Kobieta <input checked="" type="checkbox"/> Mężczyzna | | | | | | | | | | |
| DATA ZGŁOSZENIA | | | | | | | | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO | Jan Nowak | | | | | | | | | | |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA | 10.07.1987 | | | | | | | | | | |
| PESEL* | 8 | 7 | 0 | 7 | 1 | 0 | 0 | X | X | X | X |
| ADRES ZAMIESZKANIA I TELEFON | Poznań, 123-543-765 | | | | | | | | | | |

DANE FONETYPOWE

Waga w kg.....

Wzrost w cm.....

- | | | | |
|----------------------|--|---|--|
| Budowa ciała | <input type="checkbox"/> ektomorficzna (szczupła) | <input type="checkbox"/> mezomorficzna (atletyczna) | <input type="checkbox"/> endomorficzna (korpulentna) |
| Kolor oczu | <input type="checkbox"/> niebieskie | <input type="checkbox"/> zielone | <input type="checkbox"/> brązowe |
| Kolor włosów | <input type="checkbox"/> blond <input type="checkbox"/> rude | <input type="checkbox"/> szatyn | <input type="checkbox"/> czarne |
| Struktura włosa | <input type="checkbox"/> proste | <input type="checkbox"/> falowane | <input type="checkbox"/> kręcone |
| Rasa | <input type="checkbox"/> biała | <input type="checkbox"/> żółta | <input type="checkbox"/> czarna |
| Pochodzenie etniczne | <input type="checkbox"/> Romowie <input type="checkbox"/> Karaimi(Egipt, Syria, Irak) | <input type="checkbox"/> Łemkowie <input type="checkbox"/> Inne..... | <input type="checkbox"/> Tatarzy |

WYWIAD LEKARSKI

| | |
|---|--|
| 1. Czas i przebieg dotychczasowego leczenia niepłodności | |
| 2. Problemy zdrowotne współistniejące z niepłodnością, w tym chorób o nieznanym etiologii w wywiadzie | |
| 3. Wady wrodzone i choroby genetyczne występujące w rodzinie | |
| 4. Czynna choroba nowotworowa lub choroba nowotworowa w wywiadzie | |

| | |
|---|--|
| 5. Ryzyko przeniesienia lub obecności czynników ryzyka związanych z zakażeniem patogenami lub chorobami(HIV, HBV, HCV, HTLV-I, CMV, MALARIA, T.CRIZI) | |
| 6. Przewlekła lub stwierdzona w wywiadzie uogólniona choroba autoimmunologiczna | |

Badanie przedmiotowe

| |
|--|
| |
|--|

Wykaz badań laboratoryjnych, jakim powinna podlegać dawca/dawczyni komórek rozrodczych i zarodków (DAWSTWO PARTNERSKIE)

| Lp. | Badanie | Norma | Wynik(dodatni/ujemny) | Uwagi |
|-----|---|-----------|-----------------------|---|
| 1 | Anty-HIV-1,2 | Negatywny | | |
| 2 | HBsAg; Anty-HBc | Negatywny | | |
| 3 | Anty-HCV-Ab | Negatywny | | |
| 4 | VDRL | Negatywny | | |
| 5 | Badanie na obecność przeciwciał HTLV-I | | | Badaniu poddaje się kandydatów na dawców pochodzących z obszarów o wysokiej zachorowalności lub których partnerzy seksualni bądź rodzice pochodzą z takich obszarów |
| 6 | Badania w kierunku malarii, wirusa CMV, pierwotniaka T. cruzi | Negatywny | | Wykonanie badania jest uzależnione od odbywanych przez dawczynię podróży i możliwości jego narażenia oraz właściwości oddawanych komórek |
| 7 | Badania antygenów RhD | Negatywny | | Wykonanie badania jest uzależnione od danych pozyskanych w wywiadzie medycznym lub historii choroby |

Orzeczenie o stanie zdrowia dawczyni/dawcy komórek rozrodczych/zarodków:

- brak przeciwwskazań do zastosowania u biorczyni *komórek rozrodczych*
- brak przeciwwskazań do zastosowania u biorczyni *zarodka*
- stwierdzono przeciwwskazania do zastosowania u biorczyni *komórek rozrodczych*
- stwierdzono przeciwwskazania do zastosowania u biorczyni *zarodka*

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza

O nieprawidłowych wynikach badań kandydat/ka na Dawcę został/a poinformowana:

| Data | Sposób poinformowania |
|------|-----------------------|
| | |

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza