

УПИТНИК ЗА ПРОЦЕНУ ПОДОБНОСТИ ДАВАОЦА ЉУДСКИХ ОРГАНА

ПОДАЦИ О ДАВАОЦУ ЉУДСКОГ ОРГАНА				
Име и презиме даваоца				
Датум рођења				
Пол				
ЈМБГ				
Шифра	Питање	Одговор*		
		ДА	НЕ	НП
1.	ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ: Да ли је давалац људског органа у тренутку смрти имао:			
1.a	Стечени синдром имунодефицијенције (AIDS)			
1.b	Активни хепатитис			
1.c	Енцефалитис – вирусни или непознатог узрока			
1.d	Менингитис – вирусни или непознатог узрока			
1.e	Бактеријски ендокардитис			
1.f	Прогресивну мултифокалну леукоенцефалопатију			
1.g	Акутни склерозирајући панцефалитис			
1.h	Инфекцију хуманим Т-ћелијским лимфотропним вирусом (HTLV 1 и HTLV 2)			
1.i	Другу активну заразну болест: туберкулозу, маларију, беснило, морбиле, шарлах, дифтерију, мале богиње, тифус, лепру (<i>заокружити</i>)			
1.j	протозонозу (Q-грозницу, бруцелозу)			
1.k	остало (<i>навести</i>)			
2.	СИСТЕМСКА ИНФЕКЦИЈА: Да ли је давалац људског органа у тренутку смрти имао:			
2.a	Акутну виремију			
2.b	Акутну системску гљивичну инфекцију			
2.c	Бактеријемију (<i>навести узрочника</i>)			

3.	РИЗИК ПРЕНОСА ПРИОНА: Да ли је давалац људског органа:			
3.a	Боловао од Creutzfeldt-Jakob болести или је имао болест у фамилији			
3.b	Боловао од прогресивне деменције са брзим развојем			
3.c	Био лечен људским хормоном раста			
3.d	Трансплантиран са људском тврдом мозданом овојницом (dura mater)			
3.e	Имао раније неурохируршке операције без детаљне медицинске документације			
4.	МАЛИГНЕ БОЛЕСТИ: Да ли је давалац људског органа боловао од:			
4.a	Леукемије			
4.b	Лимфома (Hodgkin; не-Hodgkin, лимфосарком, лимфоматоидна грануломатоза)			
4.c	Мијелома			
4.d	Примарне полицитемије вере			
4.e	Малигног меланома			
4.f	Хорион карцинома			
4.g	Осталих малигних болести			
4.h	Активне малигне болести на било којем локалитету (осим неких примарних, неметастазирајућих тумора ЦНС-а, као и лечених, ретко метастазирајући тумора ниског ризика)			
5.	НЕУРОЛОШКЕ БОЛЕСТИ: Да ли је давалац људског органа боловао од:			
5.a	Хроничне идиопатске демјелинизирајуће полинеуропатије			
5.b	Амиотрофичне латералне склерозе			
5.c	Мултипле склерозе Хантингтонове болести			
5.d	Guillain-Barre-овог синдрома			
5.e	Alzheimer-ове болести или друге деменције			
5.f	Parkinson-ове болести			
5.g	Било које дегенеративне или демјелинизирајуће болести ЦНС-а			

6.	РИЗИК ПРЕНОСА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ: Да ли је давалац људског органа:		
6.a	имао степен хемодилуције који је могао дати непоуздане резултате тестирања на знакове инфективних болести		
6.b	био у програму хроничне хемодијализе		
6.c	Дуготрајно лечен кортикостероидима (≥ 10 mg/дан/4 године или ≥ 20 mg/дан 1 годину)		
6.d	Имао трансплантацију ткива и органа		
6.e	Имао жутицу или хепатомегалију непознатог узрока		
6.f	Био вакцинисан са живим вакцинама у року од четири недеље		
6.g	Имао хемофилију или друге сродне болести, као и да је био лечен концентрацијом фактора згрушавања		
6.h	Узимао парентерално, интравенски, интрамускуларно, као и сублингално лекове које лекар није прописао у року од 12 месеци		
6.i	Био у блиском контакту (исто домаћинство) са особом која је имала вирусни хепатитис (осим HVA)		
6.j	Био изложен HBV, HCV и HIV-у перкутаном инокулацијом, путем слузница или повређене коже у року од 12 месеци		
6.k	Имао тетоважу, пирсинг или акупунктуру у року од 12 месеци (осим ако је употребљена једнократна или стерилна игла или опрема)		
6.l	Икада био одбијен као давалац крви (зашто)		
6.m	Имао гонореју или сифилис или је лечен од ових болести у периоду од 12 месеци		
6.n	Имао сексуалне односе за новац или дрогу у периоду од 12 месеци		

6.o	<i>Само за мушкарце:</i> имао сексуални однос са мушкарцем у периоду од 12 месеци			
6.p	Боравио у затвору дуже од 72 сата у последњих 12 месеци			
6.r	Дете мајки са HIV инфекцијом или мајки чије је понашање фактор ризика за инфекцију HIV-ом (осим ако се HIV инфекција може са сигурношћу искључити код детета). Децу млађу од 18 месеци или која су дојена у последњих дванаест месеци не треба прихватати као даваоце без обзира на резултате HIV тестова.			
Да ли је давалац људског органа у последњих 12 месеци имао сексуални однос са лицем:				
6.s	Које је имало сексуалне односе са лицем зараженим са HIV-ом или хепатитисом В и С			
6.t	Које је узимало парентерално, интравенозно, интрамускуларно, поткожно лекове које није прописао доктор медицине			
6.u	Које је било сексуално активно у подручјима са високом инциденцијом HIV инфекције (HIV тип 0)			
6.v	Које је имало сексуалне односе за новац или дрогу			
6.z	<i>Ако је давалац жена:</i> са мушкарцем који је имао сексуални однос са мушкарцем			
7.	ПУТОВАЊА: Да ли је давалац људског органа:			
7.a	Боравио у Великој Британији од 1986. до 1997. године дуже од шест месеци			
7.b	Путовао у земље са преносивим болестима које имају ендемски карактер као што су маларија, трипанозома, беснило, вирус западног Нила и остало (www.CDC.gov)			
7.c	Боравио на подручју са присуством HIV подтипа О			
8	ОСТАЛО: Да ли је давалац људског органа:			
8.a	Боловао од болести непознатог узрока			
*ДА, НЕ, НП – Непознато				
Име и презиме особе која је давала податке				Телефон
Адреса:				

Сродство са даваоцем супружник дете родитељ унук баба/деда рођак
 старатељ

Питања сам разумео/ла и на њих одговорио/ла најбоље што знам. Моји одговори су искрени.

Потпис	Датум
--------	-------

Име и презиме координатора	Потпис	Датум
----------------------------	--------	-------

Име и презиме особе која је прегледала медицинску документацију	Потпис	Датум
-----------------------------------------------------------------	--------	-------

--	--	--

1.	ОКО: Да ли је давалац људског органа имао:			
-----------	---------------------------------------------------	--	--	--

1.a	Увеитис (укључујући системске болести: саркоидозу, реуматоидни артритис)			
-----	--------------------------------------------------------------------------	--	--	--

1.b	Конгениталне болести и аномалије ока			
-----	--------------------------------------	--	--	--

1.c	Претходне операције очне јабучице, укључујући трансплантације очних ткива (интервенције на рожњачи, склери или трансплантација лимфног графта)			
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

1.d	Малигне болести очне јабучице (ретинобластом, меланом)			
-----	--------------------------------------------------------	--	--	--

1.e	Корнеална дистрофија и кератоконус			
-----	------------------------------------	--	--	--

--	--	--	--	--

2.	КАРДИОВАСКУЛАРНИ СИСТЕМ: Да ли је давалац људског органа имао:			
-----------	-----------------------------------------------------------------------	--	--	--

2.a	Ендокардитис			
-----	--------------	--	--	--

2.b	Миокардитис			
-----	-------------	--	--	--

2.c	Реуматску или другу валвуларну болест срца			
-----	--------------------------------------------	--	--	--

2.d	Конгениталне болести срца			
-----	---------------------------	--	--	--

2.e	Болести коронарних артерија			
-----	-----------------------------	--	--	--

2.f	Дилатационе миокардиопатије			
-----	-----------------------------	--	--	--

2.g	Трауме срца или грудног коша, посебно пробојне трауме (укључујући интракардијалну инјекцију)			
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

2.h	Реанимацију срца			
-----	------------------	--	--	--

2.i	Болест или операцију срчаног залистка			
-----	---------------------------------------	--	--	--

3.	КОЖА: Да ли је давалац људског органа:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.a	Имао акутну токсичност коже са познатим токсичним хемикалијама, агенсима и отровима	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.b	Имао аутоимуне болести и болести колагеног ткива (саркоидоза, реуматоидни артритис)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.c	Био лечен радиотерапијом или хемотерапијом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.d	Имао малигни младеж	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	МИШИЋНО-КОШТАНИ СИСТЕМ: Да ли давалац људског органа имао:			
4.a	Локализовану ирадијацију, инфекцију или акутну интоксикацију (цијанид, олово, жива или злато)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*ДА, НЕ, НП – Непознато		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Име и презиме особе која је давала податке	Телефон			
Адреса:				
Сродство са даваоцем <input type="checkbox"/> супружник <input type="checkbox"/> дете <input type="checkbox"/> родитељ <input type="checkbox"/> унук <input type="checkbox"/> бака/деда <input type="checkbox"/> рођак <input type="checkbox"/> старатељ				
<i>Питања сам разумео/ла и на њих одговорио/ла најбоље што знам. Моји одговори су искрени.</i>				
Потпис	Датум			
Име и презиме координатора		Потпис	Датум	
Име и презиме лица које је прегледало медицинску документацију		Потпис	Датум	