



GenKord Kordon Kanı Bankası Tıbbi Geçmiş Formu

Annenin adı soyadı: _____
Beklenen doğum tarihi _____
Doğumun yapıldığı hastane _____
Formu inceleyen kişi _____ Tarihi _____

Gebelik Öyküsü

Gebelik sayısı: _____ Canlı doğum sayısı: _____
Abortus sayısı: _____ Küretaj sayısı: _____
Daha önce anormal prenatal test nedeniyle gebelik sonlandırıldı mı? Evet Hayır
Prenatal test pozitif ise, test sonucu: _____
Gebelik takibi yapıldı mı? Evet Hayır
Evet ise gebelik takibini kim yaptı? Jinekolog Ebe
Tanısı koyulmuş enfeksiyon oldu mu? Evet Hayır
Gestasyonel (GDM) diyabet var mı? Evet Hayır
GDM varsa ne zaman tanındı? Şimdiki gebelik Önceki gebelik Tedavi _____
Ultrasonografik inceleme yapıldı mı? Evet Hayır
Fetal tanısal test yapıldı mı? Hayır Amniyosentez Koryon Villus Biyopsisi
Tanısal test yapıldı ise nedeni _____
Gebelik sırasında vitaminler dışında kullanılan ilaçlar _____

Yorum _____

Çocuk hekiminin adı _____ Telefonu _____

Annenin Tıbbi Geçmişi

- Aşağıdaki sorulara cevabınız evet ise kutuyu işaretleyerek gerçekleştiği zamanı belirtiniz
1. Daha önce farklı bir isimle kordon kanı saklattınız mı? Ne zaman _____ Evet Hayır
 2. Daha önce kan vericisi olmanız reddedildi mi? Evet Hayır
 3. Daha önce kanser, kan hastalığı veya kanama hastalığı geçirdiniz mi? Evet Hayır
 4. Daha önce hepatit veya başka bir karaciğer hastalığı geçirdiniz mi? Evet Hayır
 5. Son 3 yıl içerisinde sıtma hastalığı geçirdiniz mi? Evet Hayır
 6. Daha önce sedef hastalığı için ilaç kullandınız mı? Evet Hayır
 7. Son 4 hafta içinde vitamin dışında ilaç kullandınız mı? Evet Hayır
 8. Son 3 yıl içerisinde yurtdışına çıktınız mı? Evet Hayır
 9. Daha önce hipofizer kaynaklı büyüme hormonu kullandınız mı? Evet Hayır
 10. Kan bağı olan akrabalarınızdan birisinde Creutzfeld-Jacob hastalığı saptandı mı ya da
- FP.205

- ailenizin bu hastalık için risk altında olduğu söylendi mi? Evet Hayır
11. Son 12 ayda önemli bir hastalık ya da ameliyat geçirdiniz mi? Evet Hayır
12. Son 12 ayda aşı oldunuz mu? Evet Hayır
13. Son 12 ayda hepatit ya da başka bir karaciğer hastalığı geçiren ya da Hepatit B imünglobulin yapılan bir kişiyle temasınız oldu mu? Evet Hayır
14. Son 12 ayda size kan veya organ nakli yapıldı mı? Evet Hayır
15. Son 12 ayda dövme, piercing, akupunktur veya iğne yapıldı mı? Evet Hayır
16. Son 12 ayda başka bir kişinin kanı ile temasınız oldu mu? Evet Hayır
17. Son 12 ayda pozitif çıkan bir sifiliz testi yapıldı mı? Evet Hayır
18. Son 12 ayda cinsel yolla geçen bir hastalık geçirdiniz mi (belsoğukluğu, klamidya, genital uçuk veya genital siğil gibi) Evet Hayır
19. Son 12 ayda reçete edilmemiş bir ilacı iğne olmak yoluyla kullanan bir kişiyle hiç cinsel temasınız oldu mu? Evet Hayır
20. Son 12 ay içinde hemofili vb. bir kanama hastalığı nedeniyle pıhtılaşmayı sağlayan kan ürünü kullanan bir kişiyle hiç cinsel temasınız oldu mu? Evet Hayır
21. Son 12 ayda AIDS hastası ya da AIDS virüsü taşıyan bir kişiyle cinsel temasınız oldu mu? Evet Hayır
22. Daha önce doktor tarafından verilmeyen ve iğne olmak yoluyla uygulanan bir ilaç kullandınız mı? Evet Hayır
23. Daha önce bir kanama hastalığı dolayısıyla pıhtılaşmayı sağlayan kan ürünü kullandınız mı? Evet Hayır
24. AIDS hastası mısınız ya da HIV veya HTLV virüsü taşıyormusunuz? Evet Hayır
25. AIDS virüsü taşıyorsanız AIDS virüsü için yapılan testler negatif çıksa bile virüsü başkalarına bulaştırabileceğinizi anladınız mı? Evet Hayır
26. Daha önce herhangi bir Afrika ülkesine seyahat ettiniz mi? Evet Hayır
27. Daha önce size kan veya herhangi bir kan ürünü nakli yapıldı mı? Evet Hayır
28. Daha önce Afrikada doğmuş ya da bir süre yaşamış bir kişiyle cinsel temasınız oldu mu? Evet Hayır
29. 1980-1996 yılları arasında devamlı olarak 6 ay süreyle İngiltere’de yaşadınız mı? Evet Hayır
30. 1980’den sonra Fransa, İrlanda veya Portekiz’de 10 yıl süreyle bulundunuz mu? Evet Hayır

Aile Öyküsü

- Bebeğin kardeşleri (canlı doğmuş) No(erkek) _____ No(kız) _____
- Bebeğin annesinin kardeşleri (canlı doğmuş) No(erkek) _____ No(kız) _____
- Bebeğin babasının kardeşleri (canlı doğmuş) No(erkek) _____ No(kız) _____
- Anne ve baba arasında evlilik dışında bir akrabalık bağı var mı? Evet Hayır
- Evet ise, akrabalık derecesi nedir? _____
- Bebeğin annesinin ailesinde veya babanın ailesinde 10 yaşından önce ölen kimse var mı? Evet Hayır, Evet ise ölen kişinin akrabalık derecesi ve ölüm nedeni nedir? _____
- Bebeğin annesi ya da babası evlat edinilmiş midir? Evet Hayır.
- Evet ise kim? _____
- Aileden bir kişi veya bebeğin anne ve/veya babası ailesel geçişli bir genetik hastalığa sahip midir? Evet Hayır
- Evet ise, 1. bebek ile hastalıklı aile bireyi arasındaki akrabalık ilişkisi _____
- 2.tanı koyulduğu andaki yaşı _____

FP.205

PS.08.P.01.T.02.F.01.

İlgili Hastalıklar

Kanser/Lösemi

Evet Hayır, Evet ise kim hasta ve hastalığı

Alyuvar hastalıkları (orak hücreli anemi, talasemi, Fanconi anemisi, G6PD, sferositoz, eliptositoz, porfiri, Diamond-Blackfan sendromu vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Sürekli kan nakli gerekmiş mi? _____

Kendisine hemolitik anemi olduğu söylenmiş mi? _____

Kan hastalığının tedavisi için dalağı alınmış mı? _____

30 yaşından önce safra kesesi alınmış mı? _____

Akyuvar hastalıkları (SCID, kronik granümatöz hastalık, lökodistrofi, hipoglobulinemi, Wiskott-Aldrich sendromu, Nezelhof sendromu, ADA veya PNP eksikliği, DiGeorge sendromu, vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Trombosit hastalıkları (Glanzman hastalığı, herediter trombositopeni, herediter telenjektazi, Alport hastalığı, Trombosit depolanma hastalığı, Bernard-Soulier sendromu vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Metabolik Depo Hastalıkları (Tay-Sachs, Ataxia-Telenjektazi, Gaucher hastalığı, Hurler hastalığı, Hunter hastalığı, San Filippo hastalığı, Lökodistrofi vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Bağışıklık Sistemi Hastalıkları (AIDS, Romatoid artrit, Lupus vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Nörolojik Hastalıklar (Creutzfeld-Jacob hastalığı vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Aile içinde sık rastlanan diğer hastalıklar

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Demografik Bilgiler

Bebeğin annesinin adı _____ Soyadı _____
 Adresi _____
 Doğum tarihi _____ Tel.no. _____
 Bebeğin babasının adı _____ Soyadı _____
 Adresi _____
 Doğum tarihi _____ Tel.no. _____
 FP.205