

Dotazník dárce spermatu a místopřísežné prohlášení

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	telefon:
Trvalé bydliště:	Národnost:
Přechodné bydliště:	Občanství:

Daroval jste již v jiném centru asistované reprodukce?	☐ ne	☐ ano	Kde:	
			Kolikrát:	
Vzdělání – nejvyšší dokončené:	☐ základní	☐ středoškolské	☐ vysokoškolské	☐ studuji:
Stav	☐ ženatý	☐ svobodný	☐ rozvedený	☐ vdovec
Vaše děti	☐ nemám	☐ mám, kolik:		
Dvojčata či trojčata	☐ ano	☐ ne		
Věk dětí				
Případné zdravotní problémy dětí:				
Úmrtí dětí:				
Dvojčata či trojčata v rodině	☐ sourozenci	☐ rodiče	☐ jiní příbuzní	
Výška: cm Váha: kg Věk:				
Barva očí:	☐ hnědá	☐ modrá	☐ šedá	☐ zelená ☐ jiná:
Vlasy – přirozená barva	☐ hnědá	☐ kaštanová	☐ blond	☐ černá ☐ zrzavá
Vlasy - typ	☐ rovné	☐ vlnité	☐ kudrnaté	☐ jemné ☐ husté
Plet'	☐ světlá	☐ pihy	☐ normální	☐ snědá ☐ tmavá
Jste	☐ pravák	☐ levák		
Alkohol	☐ nepiji	☐ piji občas	☐ piji pravidelně	☐ jaký:
Léky	☐ neužívám	☐ užívám občas, jaké:		
	☐ užívám pravidelně, jaké:			
Drogy	☐ ne	☐ zkoušela jsem - jaké:	Kdy:	
	☐ беру pravidelně: jaké	Jak často:		
Kouření	☐ ne	☐ klasické cigarety	☐ elektronické cigarety	☐ kouřila jsem v minulosti
	Kolik cigaret/den:	Jak dlouho kouříte:	Kdy jste přestala:	
Počet sex. partnerek za rok	☐ 1 stálá	☐ 2 - 3	☐ 4 - 5	☐ 6 a více
Počet pohlavních styků týdně	☐ 1 - 2	☐ 3 - 5	☐ 6 a více	
Pohlavní onemocnění u vás	☐ ne	☐ ano	Jaké, kdy:	

Pohlavní onemocnění u partnerek	☐ ne	☐ ano	Jaké, kdy:
Pohlavní styk s prostitutkami	☐ nikdy	☐ dříve	☐ udržuji
Homosexuální styk	☐ nikdy	☐ dříve	☐ udržuji

Byla u Vás někdy diagnostikována tato onemocnění?

Vrozené vývojové vady	☐ ne	☐ ano	jaké:
Srdeční onemocnění	☐ ne	☐ ano	jaké:
Cévní onemocnění	☐ ne	☐ ano	jaké:
Onemocnění krve	☐ ne	☐ ano	jaké:
Plicní onemocnění	☐ ne	☐ ano	jaké:
Onemocnění ledvin a močových cest	☐ ne	☐ ano	jaké:
Onemocnění trávicího traktu	☐ ne	☐ ano	jaké:
Žloutenka	☐ ne	☐ ano	jaké:
Neurologické onemocnění	☐ ne	☐ ano	jaké:
Poruchy výslovnosti, čtení, psaní, počítání	☐ ne	☐ ano	jaké:
Poruchy soustředění, učení	☐ ne	☐ ano	jaké:
Onemocnění sluchu	☐ ne	☐ ano	jaké:
Oční onemocnění	☐ ne	☐ ano	jaké:
Psychiatrické onemocnění	☐ ne	☐ ano	jaké:
Onemocnění pohybového aparátu	☐ ne	☐ ano	jaké:
Onemocnění kyčlí	☐ ne	☐ ano	jaké:
Kožní onemocnění	☐ ne	☐ ano	jaké:
Nádory	☐ ne	☐ ano	jaké:
Alergie	☐ ne	☐ ano	jaké:
Jiné	☐ ne	☐ ano	jaké:

Cestovatelská a pracovní anamnéza

Žijete, pocházíte nebo jste pobýval déle Vy, Vaši sexuální partneři nebo Vaši rodiče v těchto oblastech:

- oblast Karibiku, jižní, střední nebo severní Amerika (včetně USA)?	☐ ne	☐ ano	Pokud ano, kde:
- Afrika, Asie, indický subkontinent, tropický podnebný pás, Japonsko, tichomořské ostrovy?	☐ ne	☐ ano	Pokud ano, kde:
- rozvojové země?	☐ ne	☐ ano	Pokud ano, kde:

Byla u Vás, Vašich sexuálních partnerů nebo Vašich rodičů diagnostikována tato infekce:

lidský T lymfocytární virus 1 (HTLV I)?	☐ ne	☐ ano	u koho:	Kdy:
malárie?	☐ ne	☐ ano	u koho:	Kdy:
lidský cytomegalovirus (CMV)?	☐ ne	☐ ano	u koho:	Kdy:
Virus Zika	☐ ne	☐ ano	u koho:	Kdy:
Chagasova choroba, americká trypanozomóza?	☐ ne	☐ ano	u koho:	Kdy:
Pracoval jste nebo pracujete u armády?	☐ ne	☐ ano		
Pokud ano, zúčastnil jste se zahraniční mise?	☐ ne	☐ ano	Kde:	

Pracoval jste/pracujete na rizikovém pracovišti a byl jste nebo jste vystaven vlivu:

chemických látek (např. kyanid, olovo, rtuť, zlato, organická rozpouštědla atd.)?	☐ ne	☐ ano
	jakým látkám:	
radioaktivního záření?	☐ ne	☐ ano
elektromagnetického záření (např. vysílače, silné elektromagnetické pole, soustavná práce s výpočetní technikou)?	☐ ne	☐ ano
Jste nebo jste byl těmto negativním vlivům vystaven ve svém volném čase?	☐ ne	☐ ano
	jakým vlivům:	
Domníváte se, že jste byl vystaven jiným vlivům významně škodlivým pro reprodukční zdraví?	☐ ne	☐ ano
	jakým vlivům:	

Onemocnění vašich biologických rodičů, sourozenců a vlastních dětí:

Vrozené vývojové vady	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Pohlavní onemocnění	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Srdeční onemocnění	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Cévní onemocnění	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Onemocnění krve	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Plicní onemocnění	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Onemocnění ledvin a močových cest	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Onemocnění trávicího traktu	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Žloutenka	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Neurologické onemocnění	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Poruchy výslovnosti, čtení, psaní, počítání	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Poruchy soustředění, učení	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Onemocnění sluchu	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Oční onemocnění	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Psychiatrické onemocnění	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Onemocnění pohybového aparátu	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:

Onemocnění kyčlí	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Nádory	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Kožní onemocnění	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Alergie	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Nevysvětlitelná úmrtí do 30 let	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:
Jiné	☐ ne	☐ ano	kdo:
			jaké:

Poučení:

Pro dárcovství spermatu přijímáme dárce s:

1. kvalitními spermiemi, přežívajícími zamrazovací proces
2. dobrým zdravotním stavem
3. negativním genetickým vyšetřením, která požaduje zákon 296/2008 Sb. a vyhláška 422/2008 Sb., v platném znění
4. negativními výsledky všech vyšetření na infekční markery, která požaduje zákon 296/2008 Sb. a vyhláška 422/2008 Sb., v platném znění
5. zájmem o pravidelnou spolupráci po dobu zařazení do dárcovského programu

Místopřísežně prohlašuji, že:

1. Všechny informace, které uvádím, jsou podle mého vědomí a svědomí pravdivé.
2. Souhlasím se zpracováním osobních údajů pro potřeby CAR FNOL.
3. V posledních 6 měsících jsem neměl urologické obtíže ani pohlavně přenosné onemocnění (pálení a řezání při močení, výtok z močové trubice, vřed či bradavice na pohlavním údu).
4. Před darováním spermatu podstoupím genetické vyšetření.
5. Před každým odběrem spermatu podstoupím vyšetření pohlavně přenosných chorob.
6. Po uplynutí půl roku po posledním odběru spermatu přijdu na kontrolní odběr krve a moči.
7. V průběhu spolupráce upozorním na všechny nově vzniklé závažné okolnosti, které byly předmětem dotazníku, změnu zdravotního stavu, kontakt s nepříznivým vlivy, které mají význam pro reprodukční zdraví, podezření na sexuálně přenosnou nemoc u sebe či své partnerky, narození postiženého dítěte v rodině a zánětlivé urologické onemocnění.
8. Místopřísežně prohlašuji, že nebudu pátrat po osudu dětí zplozených ze spermií mnou darovaných.
9. Prohlašuji, že spermie daruji TZ CAR FN Olomouc za účelem užití v programu umělého oplodnění darovanými spermiemi a dávám souhlas k tomu, aby mnou darované spermie byly použity k provedení umělého oplodnění mně neznámé příjemkyně.

Datum:	Podpis dárce:
Kontrolu provedl dne:	
Razítko:	Podpis: