

Dotazník dárkyně oocytů a místopřísežné prohlášení

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

Darovala jste oocyty již v jiném centru asistované reprodukce?	☐ ne	☐ ano	Kde:		
			Kolikrát:		
Vzdělání – nejvyšší dokončené:	☐ základní	☐ středoškolské	☐ vysokoškolské	☐ studuji:	
Stav	☐ vdaná	☐ svobodná	☐ rozvedená	☐ vdova	
Byla jste již těhotná?	☐ ne	☐ ano, kolikrát:	Počet potratů:		
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:		
	☐ beru 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. partnerů za rok	☐ 1 stálý	☐ 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 partnerů	☐ ne	☐ ano	Jaké, kdy:	

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 pobývala jste 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:
Pracovala jste nebo pracujete u armády?	☐ ne	☐ ano		
Pokud ano, zúčastnila jste se zahraniční mise?	☐ ne	☐ ano	Kde:	

Pracovala jste/pracujete na rizikovém pracovišti a byla jste nebo jste vystavena 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 byla jste těmto negativním vlivům vystavena ve svém volném čase?	☐ ne	☐ ano
	jakým vlivům:	
Domníváte se, že jste byla vystavena 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 oocytů přijímáme dárkyně s:

1. kvalitními oocyty
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 neměla gynekologické obtíže ani pohlavně přenosné onemocnění (pálení a řezání při močení, výtok).
4. Před odběrem oocytů podstoupím genetické vyšetření a vyšetření pohlavně přenosných chorob.
5. V případě potřeby přijdu po uplynutí půl roku po odběru oocytů na kontrolní odběr krve.
6. 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 svého partnera, narození poškozeného dítěte v rodině a zánětlivé gynekologické onemocnění.
7. Místopřísežně prohlašuji, že nebudu pátrat po osudu dětí zplozených z oocytů mnou darovaných.
8. Prohlašuji, že oocyty daruji TZ CAR FN Olomouc za účelem užití v programu umělého oplodnění darovanými oocyty a dávám souhlas k tomu, aby mnou darované oocyty byly použity k provedení umělého oplodnění mně neznámé příjemkyně.

Datum:	Podpis dárkyně:
Kontrolu provedl dne:	
Razítko:	
Podpis:	