



## Národný register darcov kostnej drene

Klinika hematológie a transfuziológie LFUK, SZU a UNB  
Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava  
Fax: +421 2 6381 3442, tel.: +421 2 6867 3588, +421 2 6381 3442  
E-mail: [skbmdr@pe.unb.sk](mailto:skbmdr@pe.unb.sk)  
[www.registerdarcovkostnejdrene.sk](http://www.registerdarcovkostnejdrene.sk)

### Prihláška do Národného registra darcov kostnej drene

(vypisuje sa pri vstupe do registra)

Meno: \_\_\_\_\_

Priezvisko: \_\_\_\_\_

Titul: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Zdrav. poisťovňa: \_\_\_\_\_ Štátna príslušnosť: \_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Telefón: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Zamestnanie: \_\_\_\_\_

#### Dotazník o zdravotnom stave:

1. Cítite sa zdravý / zdravá?  áno  nie

2. Užívate trvale alebo dlhšie ako 3 mesiace lieky?  áno  nie

Aké? \_\_\_\_\_

3. Prekonali ste v minulosti závažné ochorenie:

a. srdca a obehu (vysoký krvný tlak, infarkt, angina pectoris, arytmia, reumatická horúčka)?  áno  nie

b. dýchacieho systému (chronická bronchitída, astma, TBC)?  áno  nie

c. nervového systému (epilepsia, cievna mozgová príhoda, roztrúsená skleróza)?  áno  nie

d. infekčné (žltáčka, zápal mozgových blán, malária, AIDS, pohlavné ochorenie)?  áno  nie

e. nádorové, autoimunitné ochorenie (cukrovka, poruchy štítnej žľazy)?  áno  nie

f. iné: \_\_\_\_\_

4. Absolvovali ste v minulosti liečbu cytostatikami (chemoterapiu) alebo rádioterapiu (ožarovanie)?  áno  nie
5. Správali ste sa v minulosti rizikovo (vnútrožilové podávanie drog, sex za peniaze, rizikový sexuálny partner)?  áno  nie
6. Podstúpili ste v minulosti:
- a. operáciu?  áno  nie
- b. transfúziu krvi, prípadne iných krvných prípravkov?  áno  nie
- c. piercing alebo tetovanie?  áno  nie
7. Máte alergiu na lieky, potraviny, chemické látky, peľ...?  áno  nie  
Upresnite: \_\_\_\_\_
8. Darovali ste niekedy krv alebo krvné komponenty?  áno  nie
- a. Vyradili Vás niekedy z darovania krvi?  áno  nie
- b. Prečo? \_\_\_\_\_
9. Vaša krvná skupina: \_\_\_\_\_
10. Vaša výška: \_\_\_\_\_ cm      Váha: \_\_\_\_\_ kg
11. Pre ženy:
- a. Ste alebo ste boli tehotná?  áno  nie
- b. Koľkokrát? \_\_\_\_\_
- c. Užívate / užívali ste v minulosti hormonálnu antikoncepciu?  áno  nie
12. Uprednostňujete už teraz niektorý zo spôsobov odberu krvotvorných buniek?  
 z kostnej drene       z periférnej krvi       zatiaľ nie som rozhodnutý/á
- 

### Súhlas so zaradením do Národného registra darcov kostnej drene:

Po zoznámení sa s problematikou darcovstva krvotvorných buniek súhlasím so zaradením do registra potencionálnych darcov krvotvorných buniek. Som ochotný/á darovať krvotvorné bunky ktorémukoľvek pacientovi, pre ktorého budem vybraný/á ako vhodný darca. Poznám však súčasne svoje právo toto rozhodnutie v budúcnosti zmeniť.

Týmto zároveň udeľujem Národnému registru darcov kostnej drene súhlas na spracovanie mojich osobných údajov v súlade so zákonom č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v rozsahu uvedenom v tejto prihláške a výsledkov uskutočnených laboratórnych testov. Súhlas so spracovaním osobných údajov udeľujem dobrovoľne a na dobu neurčitú.

Dátum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_