

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΔΟΤΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Τα προσωπικά στοιχεία που θα μας δώσετε είναι εμπιστευτικά, δεν δίδονται σε τρίτους και θα επεξεργαστούν με απόλυτη εχεμύθεια. Το ΚΕΔΜΟΠ λειτουργεί σύμφωνα με την υπό αριθμό 2201/30-12-2009 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ελληνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ).

**Παρακαλούμε να συμπληρώσετε την αίτηση με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ
(Δεχόμαστε δότες ηλικίας 18-50 ετών)**

ΟΝΟΜΑ :		ΕΠΩΝΥΜΟ :		
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:				
Άνδρας <input type="checkbox"/>	Ημερ. Γέννησης (ΗΗ / ΜΜ / ΕΤΟΣ) :			
Γυναίκα <input type="checkbox"/>	Βάρος (σε κιλά):			
	Ύψος (σε εκατοστά):			
	Ομάδα Αίματος:			
Τόπος Γέννησης:		Εθνικότητα:		
<u>Διεύθυνση κατοικίας</u>		Τηλέφωνο Κατοικίας:		
Οδός:	Αρ.:	T.K.:	Τηλέφωνο Κινητό:	
Πόλη/Χωριό:	Νομός:		Τηλέφωνο Εργασίας:	
Επάγγελμα:				
email:		Δεν επιθυμώ να λαμβάνω νέα/ενημερώσεις του ΚΕΔΜΟΠ μέσω email : <input type="checkbox"/>		
Ενημερώθηκα από (π.χ. διαδίκτυο, τηλεόραση, εκδήλωση, αιμοδοσία):				
Εναλλακτικά στοιχεία επικοινωνίας φίλου ή συγγενή σε περίπτωση που αδυνατούμε να σας βρούμε ή έχουν αλλάξει τα στοιχεία επικοινωνίας σας :		Να συμπληρώνεται από το ΚΕΔΜΟΠ ή τον υπεύθυνο προσέλκυσης:		
Όνοματεπώνυμο:	Τύπος Δείγματος :		SWAB <input type="checkbox"/>	AIMA <input type="checkbox"/>
Είδος Σχέσης:	Αίτηση μέσω :			
Διεύθυνση :	Τηλέφωνο/email: <input type="checkbox"/>		Επίσκεψη στο ΚΕΔΜΟΠ <input type="checkbox"/>	
Τηλέφωνο Σταθερό:	Εκδήλωση : _____			
Τηλέφωνο Κινητό:	Άλλο : _____			
Email:				

Έχω διαβάσει το ενημερωτικό φυλλάδιο για τον Δότη Μυελού των Οστών. Μου δόθηκε η ευκαιρία να υποβάλλω ερωτήσεις και πήρα τις ακριβέστερες δυνατές απαντήσεις. Επιθυμώ να καταχωρηθώ στο Εθνικό και Παγκόσμιο Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών. Συμφωνώ το δείγμα μου να τυποποιηθεί για HLA αντιγόνα. Οποιαδήποτε στιγμή θελήσω μπορώ να αποσύρω την συγκατάθεσή μου και να διαγραφώ από το αρχείο

Ημερομηνία

Υπογραφή

Το ΚΕΔΜΟΠ λειτουργεί υπό την αιγίδα

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Τα προσωπικά στοιχεία που θα μας δώσετε είναι εμπιστευτικά, δεν δίδονται σε τρίτους και θα επεξεργαστούν με απόλυτη εχεμύθεια. Το ΚΕΔΜΟΠ λειτουργεί σύμφωνα με την υπό αριθμό 2201/30-12-2009 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ελληνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ).

Σκοπός της συλλογής αυτού του ιστορικού είναι να μειώσει τον κίνδυνο τόσο για τον ασθενή όσο και για το δότη. Παρακαλούμε οι πληροφορίες που δίνονται να είναι ακριβείς.

1. Είστε ηλικίας μεταξύ 18-50 ετών :

2. Έχετε διαγνωστεί με :

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ή C	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΚΑΡΚΙΝΟ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
AIDS	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>

Αν απαντήσετε ΝΑΙ στην πιο πάνω ερώτηση δεν μπορείτε να εγγραφείτε δότης. Ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον σας.

3. Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση της υγείας σας; Καλή Μέτρια Άσχημη

4. Παρουσιάσατε ή υποφέρατε ποτέ από :

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΙΚΤΕΡΟ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΔΙΑΒΗΤΗ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΕΠΙΛΗΨΙΑ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΑΣΘΜΑ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ / ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ / ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΑΛΛΗ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (π.χ. υψηλή πίεση, διαβήτη, αλλεργίες)	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>

Αν απαντήσετε ΝΑΙ στις πιο πάνω επιλογές, παρακαλώ εξηγήστε περιληπτικά :

5. Παίρνετε οποιαδήποτε φάρμακα; (περιλαμβανομένων αντισυλληπτικών χαπιών)
 Αν ΝΑΙ, ποια και γιατί; ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Έχετε υποστεί χειρουργική επέμβαση τον τελευταίο χρόνο;
 Αν ΝΑΙ, ποια και γιατί; ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Για γυναίκες μόνο : Έχετε παιδιά; ΝΑΙ ΟΧΙ Αριθμός παιδιών :

8. Είστε αιμοδότης; ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Αποκλειστήκατε ποτέ από αιμοδότης ;
 Αν ΝΑΙ, γιατί; ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Είστε αιμοπεταλιοδότης : ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία

Υπογραφή

Το ΚΕΔΜΟΠ λειτουργεί υπό την αιγίδα