



SWISS BLOOD STEM CELLS

Platzhalter für Klebeetikette

## Medizinischer Fragebogen Nabelschnurblutspende

Sie haben das **Informationsblatt für die Nabelschnurblutspende** gelesen und Sie möchten gerne Nabelschnurblut spenden. Wir danken Ihnen, dass Sie die folgenden Fragen wahrheitsgetreu beantworten, indem Sie die erforderlichen Kästchen ankreuzen. Damit tragen Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit und zur Sicherheit der Patienten bei, die das Nabelschnurblut Ihres Babys erhalten.

Die Fragen betreffen Sie, die Mutter des Kindes. Falls Informationen zum Kindsvater, Geschwister (= Geschwister des Kindes) oder andere Verwandte gefragt sind, wird dies explizit erwähnt.

Am Ende des Fragebogens (in Abschnitt D) gibt es Platz für weitere Ausführungen, allfällige Kommentare zu einzelnen Fragen oder andere relevante Informationen.

### A. ANGABEN ZUR KINDSMUTTER

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ / Wohnort</b>	
<b>Telefon / E-Mail</b>	

### B. INFORMATIONEN ÜBER DIE ETHNISCHE ZUGEHÖRIGKEIT DER ELTERN

Welcher ethnischen Gruppe gehören Sie an? Bitte ankreuzen.

Gruppe	Code	Region	Kindsmutter <input type="checkbox"/>	Kindsvater <input type="checkbox"/>
Afrikanisch	AFNA	Nord Afrika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AFSS	Afrika südlich der Sahara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiatisch	AS	Zentralasien: Ost-Russland, Kasachstan, Usbekistan, Kirgistan, Tajikistan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nordostasien: Japan, Nord- und Südkorea		
		Ozeanien: Pazifische Inseln ausser Japan, Australien, Neuseeland, Taiwan, Aleuten		
		Südostasien: China, Mongolei, Burma, Laos, Kambodscha, Thailand, Vietnam, Taiwan		
		Südwestasien: Mittlerer Osten, Türkei		
		Südasien: Indien, Pakistan, Bangladesch, Sri Lanka, Bhutan, Nepal		
Kaukasisch	CAU	Europa, Grönland, Island, Russland, Australien, Neuseeland, Nordamerika (USA, Kanada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hispanisch	HI	Zentralamerika, Südamerika, Karibik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemischt	MX		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	OT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbekannt	UK		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Platzhalter für Klebeetikette

**C. FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEIT**

	Ja	Nein
1. a) Wurden Sie und/oder der Vater des Babys in der frühen Kindheit adoptiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ist diese Schwangerschaft durch Verwendung von Spender-Eizellen, Spender-Samen oder als Leihmutterschaft entstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kennen Sie die medizinische Vorgeschichte des Kindsvaters oder können Sie diese in Erfahrung bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank, oder hatten Sie Fieber über 38.5°C? Wenn ja, bitte Ursache angeben (falls bekannt) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. a) Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente verwendet (z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Haben Sie in den letzten 3 Jahren das Medikament Neotigason® / Soriatane® (z.B. bei Schuppenflechte) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (z.B. Medikamente aus Plasma, Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten? Falls ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Impfung erhalten? Grippe <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Tollwut <input type="checkbox"/> Andere Impfung <input type="checkbox"/> Welche ? ..... Wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? Wenn ja, bitte spezifizieren (genaue Krankheit, Zeitpunkt, Behandlung/, ausgeheilt oder noch bestehend etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Bluthochdruck vor oder in der Schwangerschaft (z.B. Präeklampsie, HELLP-Syndrom): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Herz-Kreislaufkrankung: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lungenerkrankung: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Magen-, Darmerkrankung: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Erkrankung der Niere, Blase, Harnwege oder des Genitaltrakts: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Erkrankung des Nervensystems: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Erkrankung des Immunsystems (z.B. Allergie, chronisch-entzündliche Erkrankung, Autoimmunerkrankung): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Infektionskrankheit: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Platzhalter für Klebeetikette		Ja	Nein
i)	Kontakt mit einer Person mit einer ansteckenden Krankheit / Infektionskrankheit? Welche Krankheit? ..... Kontakt wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)	Blutkrankheit: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k)	Krebs: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)	Diabetes: Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)	Schilddrüsenerkrankung: Hashimoto Thyreoiditis <input type="checkbox"/> M. Basedow <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Bitte spezifizieren: ..... Welche Behandlung: ..... Von wann bis wann: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n)	Andere Krankheit: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a)	Einen Unfall <input type="checkbox"/> Eine Operation <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte spezifizieren: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Eine Bluttransfusion (z.B. Erythrozytenkonzentrat, Thrombozytenkonzentrat, Plasma)? Wenn ja, wann: ..... Warum? ..... In welchem Land? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Creutzfeldt-Jakob Krankheit, Risiko		
a)	Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf? Kindsmutter <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> andere Verwandte <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Wurde Ihnen jemals menschliches Gewebe übertragen? Wenn ja, bitte spezifizieren: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Wurde Ihnen jemals tierisches Gewebe übertragen? Wenn ja, bitte spezifizieren: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt? Wenn ja, bitte spezifizieren: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Tropische Viren, Risiko (dazu gehören: Chikungunya, Dengue, West Nile und Zika Virus)		
a)	Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz? Wenn ja, wo? ..... Seit wann sind Sie zurück? ..... Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Wurde bei Ihnen während der Schwangerschaft eine Chikungunya, West Nile oder Dengue Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Wurde bei Ihnen oder Ihrem Sexualpartner in den letzten 4 Monaten eine Zika Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Platzhalter für Klebeetikette		Ja	Nein
9. Malaria, Risiko			
a)	Sind Sie jemals an einer Malaria erkrankt? Wenn ja, wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Waren Sie in den letzten 3 Jahren in einem Malaria-Risikogebiet? Wenn ja, wo? ..... Wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Chagas Krankheit, Risiko			
a)	Sind Sie jemals an Chagas erkrankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Sind Sie oder Ihre Mutter (Grossmutter des Kindes) ausserhalb Europas geboren / aufgewachsen / oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, wer? ..... In welchem Land? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erkrankten Sie jemals an:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Leishmaniose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? .....			
Hat jemand mit dem Sie engen Kontakt haben (z.B. Pflege, gleicher Haushalt) eine offene Tuberkulose ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hatten Sie in den letzten 2 Monaten:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tätowierung <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> permanent Make-up <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Mikroblading <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Auge, Mund oder anderes) Wenn ja, wann? ..... Sterile Instrumente verwendet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	a) Sind Sie jemals an einer Gelbsucht oder einer Hepatitis erkrankt? Wenn ja, bitte spezifizieren: Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Gelbsucht : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Ist Ihr Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Hepatitis / Gelbsucht erkrankt? An welcher? Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Andere: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	a) Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten für mindestens 6 Monate in einem Land mit erhöhter HIV-Rate aufgehalten? Wenn ja, wo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Haben Sie sich dort einem potentiellen HIV-Risiko ausgesetzt (z.B. durch sexuelle Kontakte und/oder einer medizinischen oder paramedizinischen Intervention wie Bluttransfusion, Tattoo, Piercing)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Platzhalter für Klebeetikette		Ja	Nein
15.	Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a)	Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Sexuelle Kontakte unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Sexuelle Kontakte mit einem Partner, der in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Männern hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Injektion von Drogen in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Positiver Test für HIV, Syphilis oder Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partnern gehabt, die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a)	sich einer Risikosituation wie in Frage 15 ausgesetzt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	in einem Land mit erhöhter HIV-Rate eine Bluttransfusion erhalten haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	in einem Land mit erhöhter HIV-Rate einem sonstigen HIV-Risiko ausgesetzt waren (z.B. durch sexuelle Kontakte, Tattoo, Piercing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Anzeichen von Chlamydien, Genitalherpes, Syphilis oder eine andere sexuell übertragbare Erkrankung, oder wurden Sie hierfür behandelt? Bitte spezifizieren: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ist in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen bekannt? Wenn ja, geben Sie bitte den Verwandtschaftsgrad an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a)	Krankheit der roten Blutkörperchen (z.B. Thalassämie, Sichelzellanämie u.a.) Welche? ..... Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplastische Anämie Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Blutplättchenkrankheit (z.B. Immunthrombozytopenie) Welche? ..... Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Blutgerinnungsstörung, genetisch (z.B. Hämophilie, von Willebrand Krankheit, Mutation Faktor-V-Leiden) Welche? ..... Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Stoffwechselkrankheit / Speicherkrankheit (z.B. Mukoviszidose, Gicht, M. Tay-Sachs, M. Fabry, M. Gaucher, M. Niemann-Pick) Welche? ..... Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Diabetes Typ I:      Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II:      Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Immunschwächekrankheit / angeborener Immundefekt Welche? ..... Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Platzhalter für Klebeetikette

		Ja	Nein
g)	Blutkrankheit, bösartig (z.B. Leukämie, Multiples Myelom, Myelodysplastisches Syndrom, Essentielle Thrombozythämie u.a.) Welche? ..... Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	Krebs Welche? ..... Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	Andere Krankheit Welche? ..... Kindsvater <input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. BEMERKUNGEN ZUM FRAGEBOGEN (Mutter)**

Frage:.....  
 .....  
 Frage:.....  
 .....  
 Frage:.....  
 .....  
 Frage:.....  
 .....  
 Frage:.....  
 .....

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und das wahrheitsgetreue Ausfüllen des Fragebogens**

**Mutter**

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
 Datum: ..... Unterschrift: .....

**Vater (fakultativ)**

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
 Datum: ..... Unterschrift: .....



Platzhalter für Klebeetikette

## Überprüfung des Fragebogens durch das Fachpersonal

**E. BEI DER REKRUTIERUNG AUSZUFÜLLEN**

Bemerkungen zu Abschnitt C „Medizinischer Fragebogen“:

Frage: .....

.....

Frage: .....

.....

Frage: .....

.....

Frage: .....

.....

Fragebogen geprüft (bei Rekrutierung): Datum: ..... Visum .....

Geburtsklinik (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Aarau:       Basel:       Bern:       Genf:       Tessin:

**F. BEI DER NABELSCHNUTBLUTENTNAHME AUSZUFÜLLEN**

Nachdem ich den medizinischen Fragebogen und die Krankengeschichte der schwangeren Patientin überprüft habe, bestätige ich hiermit, dass es keine körperlichen Anzeichen gibt, die derzeit auf ein HOHES RISIKOVERHALTEN in der Gegenwart oder Vergangenheit für übertragbare Infektionskrankheiten (HIV, HTLV, Hepatitis B oder C und sexuell übertragbare Erkrankungen) hinweisen. Gemäss der mir vorliegenden Unterlagen / Krankengeschichte bestätige ich, dass diese Spenderin in der Lage ist, das Nabelschnurblut ihres Babys bei der Geburt zu spenden. Für den Fall, dass sich neue Gesundheitsinformationen ergeben, die sich auf diese Spende auswirken könnten, versichere ich, diese Informationen der Nabelschnurblutbank zur Verfügung zu stellen.

**Arzt:**

Name: ..... Vorname: .....

Datum: ..... Unterschrift des Arztes: .....

Nr: 1469	Name: FOR_Medical_Questionnaire_CB_D	Version: 7	Gültig ab: 01.03.2023
			Seite: 7 von 7