



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

AS Ida-Tallinna Kesksaigla  
Ravi 18, 10138 Tallinn  
Reg.nr.10822068  
Tel 666 1900  
e-post: info@itk.ee

## Анкета здоровья донора грудного молока

КОД ДОНОРА

Имя и фамилия

Личный код

Контактный  
телефон

Адрес

Электронная  
почта

Дата рождения ребенка

Рожден на

неделе беременности

Сколько детей Вы  
вскормили?

Сдавали ли Вы  
прежде грудное  
молоко?

Да

Нет

Чтобы убедиться в том, что Вы можете быть донором грудного молока, просим Вас ответить на следующие вопросы, касающиеся Вашего здоровья и возможного рискованного поведения.

Ваше грудное молоко будет использовано для вскармливания недоношенных и больных новорожденных. В связи с этим очень важно, чтобы Вы откровенно ответили на следующие вопросы.

*Все ответы мы обсудим с Вами позднее. Обведите правильный вариант ответа.*

1. Страдали ли Вы тяжелыми заболеваниями, требующими лечения?

ДА

НЕТ

Если Вы ответили «да», то уточните, пожалуйста, какими заболеваниями переболели и какое лечение получили:

.....  
.....

2. Болели ли Вы желтухой (гепатитом В или С)?

ДА

НЕТ

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 3. Были ли у Вас или имеются ли сейчас опухоли?  | ДА | НЕТ |
| 4. Проводилось ли Вам иммуносупрессивное лечение?  | ДА | НЕТ |
| 5. Страдаете ли Вы сейчас или страдали ли ранее заболеваниями крови (гемофилия или другие связанные со свертываемостью крови заболевания)?   | ДА | НЕТ |
| 6. Болели ли Вы ранее или болеете ли и сейчас венерическими заболеваниями (вирус иммунодефицита человека или ВИЧ, сифилис)?  | ДА | НЕТ |
| 7. Находились ли Вы в течение последних 12 месяцев в сексуальных отношениях с человеком, у которого выявлен гепатит В или С, ВИЧ, ретровирус Т-лимфоцитов человека или Т-лимфотропный вирус, либо иное заболевание, передающееся половым путем)? | ДА | НЕТ |
| 8. Приходилось ли Вам общаться с человеком, который болен туберкулезом или у которого подозревают наличие туберкулеза?   | ДА | НЕТ |
| 9. Производилась ли Вам в течение последних 12 месяцев пересадка тканей или органов?   | ДА | НЕТ |
| 10. Делали ли Вам в течение последних 12 месяцев переливание крови?  | ДА | НЕТ |
| Если Вы ответили «да», то уточните, пожалуйста, когда и в какой больнице это производилось:<br>.....<br>.....  |    |     |
| 11. Делалась ли Вам в течение последних 12 месяцев вакцинация живым ослабленным вирусом (в т. ч. вакцинация против ветряной оспы, кори, свинки, желтой лихорадки или краснухи)?  | ДА | НЕТ |
| 12. Употребляли ли Вы когда-либо или употребляете ли сейчас наркотики, анаболические стероиды?   | ДА | НЕТ |
| 13. Делали ли Вы в течение последних 12 месяцев татуировку или пирсинг?  | ДА | НЕТ |
| 14. Употребляете ли Вы алкоголь?   | ДА | НЕТ |
| Если Вы ответили «да», то уточните, пожалуйста, сколько раз в неделю:<br>.....<br>.....  |    |     |
| 15. Придерживаетесь ли Вы по какой-либо причине специальной диеты (напр., вегетарианского питания)?  | ДА | НЕТ |
| Если Вы ответили «да», то уточните, пожалуйста, какой диеты Вы придерживаетесь:<br>.....<br>.....  |    |     |

16. Курите ли Вы или используете ли содержащую никотин продукцию (жевательный табак, пластыри)? ДА      НЕТ

17. Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты? ДА      НЕТ

Если Вы ответили «да», то напишите, пожалуйста, название принимаемого препарата (принимаемых препаратов) и дозу:

.....  
.....

Если имеются какие-либо иные обстоятельства, важные с точки зрения сдачи грудного молока, просим Вас указать их:

.....

Настоящим подтверждаю, что я сообщила врачу на свое усмотрение и из лучших побуждений все данные и упомянула все обстоятельства, которые могут быть существенными при сдаче грудного молока. В случае, если после сдачи грудного молока мне станут известны новые обстоятельства или произойдут изменения состояния моего здоровья, которые могут представлять угрозу для использования сданного грудного молока, я немедленно сообщу об этом своему врачу. Подтверждаю правильность предоставленных данных.

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись

*Заполняет ответственный представитель банка материнского молока*

**Донор одобрен      ДА      НЕТ      Разрешено донорство грудного молока      ДА      НЕТ**

Врач .....

/ имя и фамилия, рег. код /

Подпись .....      Дата .....

**Анкета здоровья хранится в течение 30 лет**