



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ  
ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΔΟΤΩΝ  
ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΔΟΤΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ / ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

### ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ

- Είμαι ηλικίας μεταξύ 18-45 χρόνων  
 Είμαι σε καλή κατάσταση υγείας  
 Είμαι πρόθυμος να βοηθήσω οποιοδήποτε ασθενή χρειάζεται μεταμόσχευση μυελού των οστών

Επίθετο: ..... Όνομα: .....  
Όνοματεπώνυμο Πατέρα: .....  
Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα  Ομάδα Αίματος: .....  
Ημερ. Γέννησης: ..... Τόπος Γέννησης: .....  
Βάρος (σε κιλά): ..... Ύψος (σε εκατοστά): .....  
Τόπος καταγωγής του πατέρα: .....  
Τόπος καταγωγής της μητέρας: .....

Για κάθε αλλαγή της διεύθυνσής σας ή πιθανή ανάκληση της επιθυμίας σας για δωρεά, παρακαλούμε να ενημερώσετε την Τράπεζα Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών «ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ».

Διεύθυνση κατοικίας: ..... Τ.Κ.: .....  
Περιοχή: ..... Τηλέφωνο κατοικίας: .....  
Κινητό τηλέφωνο: ..... e-mail: .....  
Επάγγελμα: .....  
Διεύθυνση Εργασίας: .....  
Τηλέφωνο Εργασίας: .....  
ΑΔΤ: .....

Είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τα στοιχεία επικοινωνίας ενός στενού φίλου ή συγγενή για να μπορούμε να επικοινωνήσουμε μαζί σας σε περίπτωση που τα στοιχεία σας διαφοροποιηθούν.

Όνοματεπώνυμο: .....  
Κινητό τηλέφωνο: ..... Τηλέφωνο Κατοικίας: .....  
Είδος σχέσης (πατέρας, μητέρα, αδελφός/ή, φίλος, άλλο): .....

Από πού ενημερωθήκατε; .....

Έχω διαβάσει το Ενημερωτικό Φυλλάδιο για το Δότη Μυελού των Οστών, μου δόθηκε η ευκαιρία να υποβάλλω ερωτήσεις και πήρα τις ακριβέστερες δυνατές απαντήσεις. Επιθυμώ να καταχωρηθώ στο Εθνικό και Παγκόσμιο Αρχείο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών. Συμφωνώ να τυποποιηθεί το δείγμα μου για HLA αντιγόνα και να φυλαχθεί για τυχόν περαιτέρω τυποποίηση. Γνωρίζω ότι μπορώ να ανακαλέσω την απόφασή μου και να διαγραφώ από το αρχείο οποιαδήποτε στιγμή.

Ημ/νία - Υπογραφή: \_\_\_\_\_



**Σκοπός της συλλογής αυτού του ιστορικού είναι να μειώσει τον κίνδυνο τόσο για τον ασθενή όσο και για τον δότη. Οι απαντήσεις στα παρακάτω ερωτήματα είναι εμπιστευτικές.**

**Έχετε διαγνωστεί με:**

Καρκίνο  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
AIDS / μόλυνση HIV  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
Ηπατίτιδα C  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
Σακχαρώδη διαβήτη  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν απαντήσετε **ΝΑΙ** σε μία από τις παραπάνω ερωτήσεις δεν μπορείτε να εγγραφείτε δότης.

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

**Παρουσιάσατε ή υποφέρατε ποτέ από:**

**ΝΑΙ**

**ΟΧΙ**

*Αν ναι, διευκρινίστε*

ΙΚΤΕΡΟ, ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ, ΗΠΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ΕΠΙΛΗΨΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΒΛΑΒΕΣ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ΑΣΘΜΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ, ΑΥΧΕΝΑ, ΙΣΧΙΟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ΑΛΛΗ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Υπάρχουν άλλα θέματα υγείας ή ανησυχίες που θέλετε να συζητήσετε γιατί μπορεί να μη σας επιτρέπουν να γίνετε δότης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Λαμβάνετε φάρμακα συστηματικά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Έχετε κάνει ποτέ ενδοφλέβια χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Έχετε στο παρελθόν τυποποιηθεί ως υποψήφιος

δότης μυελού των οστών;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι, που; .....

Είστε αιμοδότης;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αποκλειστήκατε ποτέ από αιμοδότης;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, γιατί; .....

**Για γυναίκες μόνο:** Έχετε μείνει ποτέ έγκυος;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι, πόσες φορές; .....

Ημ/νία - Υπογραφή: \_\_\_\_\_