



ΚΑΡΑΪΣΚΑΚΕΙΟ ΙΔΡΥΜΑ

Η ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΔΟΤΩΝ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Εγγεγραμμένο ως Φιλανθρωπικό Ίδρυμα, Αρ. εγγραφής 125

Οδός Σάββα Ροσιόδη, Κυβ. Κατ. Αρ. 36, Τ.Κ. 22680, 1523 Λευκωσία - Κύπρος

Τηλ.: +357 22772700, Φαξ: +357 22772888, www.karaiskakio.org, karaiskakio@cybmdr.org

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΔΟΤΗ

(Δεχόμαστε δότες ηλικίας 18-45 ετών μόνο)

Τα στοιχεία που θα μας δώσετε θα είναι απόλυτα εμπιστευτικά

Παρακαλώ συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα και όσο το δυνατό πιο καθαρά τα ακόλουθα:

ΕΠΙΘΕΤΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19	ΗΛΙΚΙΑ:	ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ / ΘΗΛΥ	
	ΥΨΟΣ:	ΒΑΡΟΣ: *(βλέπετε ΥΣ): kg	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Οδός		Αρ.	Διαμ.
Περιοχή	Τομέας	Τ.Θ.	ΕΠΑΡΧΙΑ:
Τηλ. Οικίας:	Εργασίας:	Κινητό:	Φαξ:
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ (Χωριό):		ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:	
Σε περίπτωση που δεν θα μπορούμε να επικοινωνήσουμε μαζί σας παρακαλώ αφήστε τη διεύθυνση ενός στενού συγγενή ή φίλου σας.			
ΟΝ/ΜΟΝ:		ΣΧΕΣΗ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Οδός		Αρ.	Διαμ.
Περιοχή	Τομέας	Τ.Θ.	ΕΠΑΡΧΙΑ:
Τηλ. Οικίας	Εργασίας:	Κινητό:	Φαξ:
Έχω διαβάσει τις Οδηγίες Δότη και επιθυμώ να εγγραφώ μέλος της Κυπριακής Τράπεζας Δοτών Μυελού των Οστών και Αιμοπεταλίων του Καραϊσκάκειου Ιδρύματος και δέχομαι να εξεταστώ για AIDS (HIV), Ηπατίτιδα Β' ή άλλες μολυσματικές ασθένειες. Επίσης δέχομαι όπως το αίμα μου ή/και DNA αποθηκευτεί για μελλοντικές αναλύσεις ιστοσυμβατότητας ή/και για άλλους σκοπούς έρευνας.			
Θα ήθελα να γίνω Εθελοντής Δότης		Μυελού των Οστών	<input type="checkbox"/>
ΥΠΟΓΡΑΦΗ:		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / / 20	

Υ.Σ. Το βάρος ενός δότη δεν πρέπει να είναι λιγότερο από 50 κιλά. Οι αιτητές που θα κριθούν υπέρβαροι δυνατόν να απορριφθούν.

Παρακαλώ συμπληρώστε και το πίσω μέρος →

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σκοπός αυτού του μέρους της αίτησης είναι να μειώσει τον κίνδυνο τόσο για τον ασθενή όσο και το δότη για αυτό είναι σημαντικό οι πληροφορίες που δίνονται να είναι ακριβείς.

1. Υπόφερρες ποτέ από:

ΝΑΙ ΟΧΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ή C

ΝΑΙ ΟΧΙ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΝΑΙ ΟΧΙ AIDS (HIV)

Αν απαντήσετε ΝΑΙ στην πιο πάνω ερώτηση δεν μπορείτε να εγγραφείτε δότης.

2. Κατάσταση υγείας:

ΚΑΛΗ ΜΕΤΡΙΑ ΑΣΧΗΜΗ

3. Είσαι αιμοδότης:

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Έχεις κάνει ποτέ την εξέταση AIDS (HIV) ή Ηπατίτιδα Β (HBV):

ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, ποιο ήταν το αποτέλεσμα; HIV _____ HBV _____

5. Υπέφερρες ποτέ από:

ΝΑΙ ΟΧΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΚΤΕΡΟ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΣΘΜΑ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ / ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ / ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΛΛΗ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (π.χ. ψηλή πίεση)
Αν ΝΑΙ, ποια;

ΝΑΙ ΟΧΙ Παίρνεις οποιαδήποτε φάρμακα; (περιλαμβανομένων
αντισυλληπτικών χαπιών)
Αν ΝΑΙ, ποια και γιατί;

ΝΑΙ ΟΧΙ Έχεις υποστεί χειρουργική επέμβαση τον τελευταίο χρόνο;
Αν ΝΑΙ, ποια και γιατί;

ΝΑΙ ΟΧΙ Έχετε ποτέ υποστεί μετάγγιση αίματος;

Αν απαντήσετε ΝΑΙ στις πιο πάνω επιλογές, παρακαλώ περιγράψετε την κατάσταση, τη θεραπεία και την πρόοδο της θεραπείας.

6. Για γυναίκες μόνο:

Αριθμός Εγκυμοσύνων: _____

Αριθμός παιδιών: _____