



تاريخ دم الحبل السري الطبي/
استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

OTT BRM EDM VAN

التاريخ: <u>YYY / MM / DD</u>	مقابلة هاتفية <input type="checkbox"/> (إن أمكن)
<input type="checkbox"/> بيان الموافقة للمرحلة الثانية في الملف	

* بيانات ضرورية

معلومات عامة			
		* اسم العائلة حسب هوية صادرة من الحكومة	
		* الاسم الأول حسب هوية صادرة من الحكومة	
()	* رقم الهاتف	YYYY / MM / DD	* تاريخ الميلاد
()	رقم الموبايل (إذا كان متوفرا) <input type="checkbox"/> نفس الرقم السابق		البريد الإلكتروني (إذا كان متوفرا)

* عنوان المسكن (الرقم، الشارع):		
* المدينة	* المقاطعة	* الرمز البريدي
اسم الطبيب/ القابلة (إذا كان متوفرا):		هاتف الطبيب/ القابلة (إذا كان متوفرا):
اسم طبيب العائلة (إذا كان متوفرا):		هاتف طبيب العائلة (إذا كان متوفرا):
تغيير في المعلومات: الاسم <input type="checkbox"/> العنوان <input type="checkbox"/> رقم الهاتف <input type="checkbox"/> الرمز البريدي <input type="checkbox"/>		

تاريخ التبرع		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل سبق لك التبرع أو محاولة التبرع بالدم أو منتج دم أو خلايا جذعية أو دم حبل سري في خدمات الدم الكندية أو HemaQuebec باستخدام اسمك الحالي أو اسم مختلف؟ CBS <input type="checkbox"/> HQ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل سبق أن تم تأجيلك أو رفضك كمتبرعة بالدم أو متبرعة بالخلايا الجذعية أو متبرعة بدم السري في خدمات الدم الكندية أو هيماكيبك؟

Restricted

Page 1 of 12

CBU Unique ID

F800740 (Revision 2)
Legacy # F800822ARA



تاريخ دم الحبل السري الطبي/
استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

ضع علامة (√) على البند (البند) أدناه التي تصف على أفضل وجه الأم، الأب، والأجداد للطفل، إذا كان معروفاً.

الجد للأب	الجددة للأب	الأب	الجد للأم	الجددة للأم	الأم	
						عربي - Arab
						Asian-Central - وسط آسيوي
						Asian-North - شمال آسيوي
						Asian-Northeast - شمال شرق آسيوي
						Asian-South - جنوب آسيوي
						Asian-Southeast - جنوب شرق آسيوي
						Black-African - أفريقي أسود
						Black-Caribbean - أسود من الكاريبي
						Black-Other - أسود من مناطق أخرى
						Caucasian/White - قوقازي/ أبيض
						Chinese - صيني
						Filipino - فلبيني
						First Nations - من الأمم الأولى
						Hispanic - إسباني
						Inuit - انويت
						Jewish-Ashkenazi - يهودي-أشكنازي
						Jewish-Sephardic - يهودي- سفارديك
						Metis - ميتيس
						Pacific Islander - من جزر الباسفيك
						Multiple Ethnicity - متعدد الخلفيات العرقية
						Unknown - غير معروف



تاريخ دم الحبل السري الطبي/ استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

تاريخ الحمل		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	1 هل ناتج الحمل من الإخصاب باستخدام الحيوانات المنوية المتبرع بها، أو البويضات المتبرع بها أو تأجير الأرحام؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	2 هل عانيت من أي مضاعفات في هذا الحمل أو أي حالات حمل سابقة؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	3 هل عانيت من أي عدوى بهذا الحمل: بكتيرية أم فطرية أم فيروسية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	4 خلال فترة الحمل، هل تم تشخيص إصابتك بفيروس غرب النيل أو كان لديك اختبار إيجابي لفيروس غرب النيل؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	5 هل كان لديك أي نتيجة غير طبيعية من اختبار ما قبل الولادة؟ (مثل فحص السائل الأمنيوسي، فحص الدم أو الموجات فوق الصوتية)
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	6 هل لديك مرض السكري من النوع 1؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	7 هل استخدمت الأنسولين قبل 01-01-2007 يومياً لمدة 6 أشهر على الأقل؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	8 هل تناولت أي أدوية خلال الأيام السبعة الأخيرة التي سبقت الولادة بخلاف الفيتامينات والحديد؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	9 هل لديك أي حساسية مهددة للحياة؟

تاريخ الأم الطبي		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	10 في الأيام الـ 14 الماضية، هل فحصت لكوفيد-19 وكانت النتيجة إيجابية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	11 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل تعرضت لأي مشاكل أو تحقيقات طبية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input checked="" type="checkbox"/> نعم	12 خلال الـ 6 أشهر الماضية هل تلقيت نقل دم، أو أي منتج أو مكون دم آخر بما في ذلك الأدوية لعدم توافق Rh؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	13 هل سبق لك أن تناولت هرمون النمو النخامي البشري؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	14 هل تلقيت لقاح داء الكلب خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	15 خلال الستة أشهر الماضية هل تم عضك من قبل حيوان وتم التعامل معه كما لو كان الحيوان مصاباً بداء الكلب؟

Restricted

Page 3 of 12

CBU Unique ID

F800740 (Revision 2)
Legacy # F800822ARA



تاريخ دم الحبل السري الطبي/ استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

تاريخ الأم الطبي		
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	16 خلال الـ 3 أشهر الماضية، هل كان لديك أي جرعات أو لقاحات؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	17 هل سبق لك أن تعرضت لأي نوع من أنواع السرطان، بما في ذلك سرطان الدم أو سرطان الغدد اللمفاوية أو ورم قنطاميني؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	18 هل سبق لك أن أخذت عامل تركيز التخثر من أجل اضطراب النزيف مثل الهيموفيليا؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	19 هل كان لديك اليرقان الأصفر ، مرض الكبد أو التهاب الكبد الفيروسي؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	20 هل سبق لك أن أصبت بأمراض من نوع "درة" (يغطي الدماغ)؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	21 هل سبق لك أو أي من أقاربك ذو قرابة الدم (الوالدين أو الأشقاء)، أبو الطفل أو الأقارب تم تشخيصه بمرض كروتزفيلد جاكوب (CJD) أو المتغير أو غيره من الأمراض العصبية التي لا يعرف سببها؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	22 هل أجريت لك عملية نقل أو زرع نسيج من شخص آخر غيرك، مثل العضو أو نخاع العظم أو الخلايا الجذعية أو القرنية أو العظام أو الأنسجة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	23 هل سبق لك أن أجريت عملية زرع أو إجراء طبي آخر يتضمن التعرض لخلايا أو أنسجة حية أو أعضاء حية من حيوان؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	24 هل سبق لك أن عشت مع أو كنت على اتصال جنسي مع أي شخص أجريت له عملية زرع أو إجراء طبي آخر يتضمن التعرض للخلايا الحية أو الأنسجة أو الأعضاء من حيوان؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	25 هل سبق لك أن أصبت بمرض دم طفيلي (على سبيل المثال، داء الليشمانيات أو مرض البانيزيا أو داء شاغاس) أو أي اختبارات إيجابية لشاغاس أو تي. كروزي ، بما في ذلك اختبارات التحري؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	26 هل سبق لك أن أصبت بالمalaria؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	27 هل سافرت خارج كندا أو الولايات المتحدة الأمريكية أو أوروبا خلال 21 يومًا قبل الولادة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	28 في السنوات الثلاث الماضية هل عشت أو سافرت خارج كندا بخلاف الولايات المتحدة؟



تاريخ دم الحبل السري الطبي/ استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

تاريخ السفر للأم			
الرسم البياني المرجعي للأسئلة 9-33: البلدان التي تعتبر في خطر لـ vCJD			
Albania	ألبانيا	Finland	فنلندا
Austria	النمسا	France	فرنسا
Belgium	بلجيكا	Germany	ألمانيا
Bosnia-Herzegovina	البوسنة والهرسك	Greece	اليونان
Bulgaria	بلغاريا	Hungary	المجر
Croatia	كرواتيا	Ireland (Republic of)	ايرلندا (جمهورية)
Czech Republic	جمهورية التشيك	Italy	إيطاليا
Denmark	الدانمارك	Liechtenstein	ليختنشتاين
		Saudi Arabia	السعودية
United Kingdom (UK): England, Northern Ireland, Scotland, Wales, the Isle of Man, the Channel Islands, Gibraltar, or the Falkland Islands, جزر فوكلاند			
29	منذ عام 1980، هل سبق لك أن عشت في، أو سافرت إلى أي بلد يُعتبر معرضاً لخطر انتقال المرض (مرض كروتزفيلد جاكوب المتنوع)؟ <u>إذا كان الجواب لا، انتقل إلى السؤال 34.</u>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
30	من عام 1980-1996، هل قضيت وقتاً يصل إلى 3 أشهر أو أكثر، في المملكة المتحدة أو فرنسا؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
31	هل قضيت ما مجموعه 6 أشهر أو أكثر في المملكة العربية السعودية من 1 يناير 1980 حتى 31 ديسمبر 1996؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
32	منذ عام 1980 هل تلقيت نقل دم أو منتجات دم أثناء وجودك في المملكة المتحدة أو فرنسا أو في أي مكان آخر في أوروبا؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
33	منذ عام 1980، هل قضيت وقتاً يصل مجموعه إلى 5 سنوات أو أكثر (بما في ذلك الوقت الذي تم قضاءه في المملكة المتحدة في الفترة من 1980 إلى 1996)، في أي بلد يُعتبر معرضاً لخطر الإصابة بـ (مرض كروتزفيلد جاكوب المتنوع)؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
تاريخ العائلة الطبي			
34	هل أنت ووالد الطفل أشقاء أو أولاد عم أو خال من الدرجة الأولى؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
35	هل كنت أنت و/ أو والد الطفل متبنين منذ الولادة أو في مرحلة الطفولة المبكرة؟ إذا نعم:	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
		الأم <input type="checkbox"/>	الأب <input type="checkbox"/>
		كلاهما <input type="checkbox"/>	

Restricted

Page 5 of 12

CBU Unique ID

F800740 (Revision 2)
Legacy # F800822ARA



تاريخ دم الحبل السري الطبي/
استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

هل يوجد تاريخ عائلي معروف في أقارب الرضيع من الدرجة الأولى (الأم البيولوجية، الأب، الأخ) لما يلي:	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم

36	مرض خلايا الدم الحمراء والدة الطفل <input type="checkbox"/> والد الطفل <input type="checkbox"/> أشققاء الطفل <input type="checkbox"/> أعمام/ أخوال الطفل <input type="checkbox"/> أجداد الطفل <input type="checkbox"/>
37	مرض خلايا الدم البيضاء والدة الطفل <input type="checkbox"/> والد الطفل <input type="checkbox"/> أشققاء الطفل <input type="checkbox"/> أعمام/ أخوال الطفل <input type="checkbox"/> أجداد الطفل <input type="checkbox"/>
38	مرض الصفائح الدموية والدة الطفل <input type="checkbox"/> والد الطفل <input type="checkbox"/> أشققاء الطفل <input type="checkbox"/> أعمام/ أخوال الطفل <input type="checkbox"/> أجداد الطفل <input type="checkbox"/>
39	أمراض التمثيل الغذائي / التخزين والدة الطفل <input type="checkbox"/> والد الطفل <input type="checkbox"/> أشققاء الطفل <input type="checkbox"/> أعمام/ أخوال الطفل <input type="checkbox"/> أجداد الطفل <input type="checkbox"/>
40	اضطرابات المناعة الخلقية (نقص المناعة) والدة الطفل <input type="checkbox"/> والد الطفل <input type="checkbox"/> أشققاء الطفل <input type="checkbox"/> أعمام/ أخوال الطفل <input type="checkbox"/> أجداد الطفل <input type="checkbox"/>



تاريخ دم الحبل السري الطبي/
استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

هل يوجد تاريخ عائلي معروف في أقارب الرضيع من الدرجة الأولى (الأم البيولوجية، الأب، الأخ) لما يلي:	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم

41	اضطرابات المناعة المكتسبة والدة الطفل <input type="checkbox"/> والد الطفل <input type="checkbox"/> أشقاء الطفل <input type="checkbox"/> أعمام/ أخوال الطفل <input type="checkbox"/> أجداد الطفل <input type="checkbox"/>
42	اضطرابات الدم الخبيثة والدة الطفل <input type="checkbox"/> والد الطفل <input type="checkbox"/> أشقاء الطفل <input type="checkbox"/> أعمام/ أخوال الطفل <input type="checkbox"/> أجداد الطفل <input type="checkbox"/>
43	أنواع سرطان أخرى والدة الطفل <input type="checkbox"/> والد الطفل <input type="checkbox"/> أشقاء الطفل <input type="checkbox"/> أعمام/ أخوال الطفل <input type="checkbox"/> أجداد الطفل <input type="checkbox"/>
44	أمراض دموية أو اضطرابات طبية أخرى والدة الطفل <input type="checkbox"/> والد الطفل <input type="checkbox"/> أشقاء الطفل <input type="checkbox"/> أعمام/ أخوال الطفل <input type="checkbox"/> أجداد الطفل <input type="checkbox"/>



تاريخ دم الحبل السري الطبي/ استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

تاريخ الأم الاجتماعي		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45 في الأسابيع الـ 6 الماضية، هل كنت على اتصال وثيق ، مثل العيش مع شخص أو الاعتناء به، تم تشخيص إصابته أو ظهرت عليه أعراض مرض معدي؟ (مثل Mmonkeypox و COVID-19)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46 في الأسابيع الـ 12 الماضية، هل كنت على اتصال بشخص لديه لقاح ضد الجدري؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47 خلال الـ 6 شهور الماضية، هل كان لديك وشم، أو ثقب للأذن أو الجسم، أو الوخز بالإبر، أو التحليل الكهربائي أو أي إجراء يتضمن الإبر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48 خلال الـ 6 شهور الماضية، هل تعرضت لإصابة من إبرة أو تعرضت لدم شخص آخر من خلال جرح مفتوح أو بشرة غير سليمة أو غشاء مخاطي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل تم علاجك أو يتم علاجك لأي مرض ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي بما في ذلك الزهري أو السيلان؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل مارست الجنس مع أي شخص قبل أو دفع المال أو المخدرات لممارسة الجنس في الـ 12 شهر الماضية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل كنت على اتصال وثيق، مثل العيش في نفس المنزل أو مشاركة مرافق المطبخ والحمام، مع شخص مصاب بالتهاب الكبد الفيروسي النشط سريريا أو اليرقان الأصفر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل مارست الجنس، ولو مرة واحدة، مع أي شخص استخدم إبرة لتعاطي المخدرات، أو الستيرويدات، أو أي شيء آخر لم يصفه الطبيب في الـ 12 شهر الماضية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53 خلال الـ 6 شهور الماضية، هل استخدمت دواء عن طريق الأنف لأسباب غير طبية؟؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل مارست الجنس مع رجل مارس الجنس مع رجل آخر، ولو مرة واحدة خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل مارست الجنس ، ولو مرة واحدة ، مع أي شخص أخذ عوامل تخثر مشتقة من البشر لمشكلة نزف مثل الهيموفيليا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل مارست الجنس، ولو مرة واحدة، مع شخص معروف أو مشتبه في أنه مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية، أو اختبار إيجابي لفيروس الإيدز، أو فيروس التهاب الكبد البائي الناشط سريريا أو فيروس التهاب الكبد "سي" أو الذي تم تشخيصه على أنه مصاب بفيروس التهاب الكبد B أو فيروس التهاب الكبد البائي سي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل كنت في منشأة إصلاحية للشباب أو السجن أو السجن لأكثر من 72 ساعة متتالية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل قبلت أو دفعت المال أو المخدرات لممارسة الجنس؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59 خلال الـ 12 شهراً الماضية ، هل استخدمت إبرة، ولو مرة واحدة، لتعاطي المخدرات، أو الستيرويدات، أو أي شيء آخر غير موصوف لك من قبل الطبيب؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 هل لديك مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) أو هل ثبتت إيجابتك لفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز (بما في ذلك اختبارات التحري)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61 هل سبق أن أثبت اختبار وجود الفيروس الليمفاوي البشري HTLV (بما في ذلك الفحوصات) أو كان لديك خزل سفلي غير مفسر (الشلل الجزئي الذي يؤثر على الأطراف السفلية)؟ HTLV يشير إلى الفيروس الليمفاوي البشري Lymphotropic؟



تاريخ دم الحبل السري الطبي /
استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

Completed By:

RN Signature:	
Date:	YYYY / MM / DD

Section 1: Reviewer Comments, if applicable (initial and date each entry).

Document question # if applicable.



تاريخ دم الحبل السري الطبي /
استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

Section 2: Risk Factors, if applicable (initial and date each entry).
Document question # (if applicable) and reason.

Empty space for documenting risk factors.

Section 3: Medical Consult Required (if applicable)

Consult Medical <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding, Consult Medical <input type="checkbox"/>
Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:
Review of Medical Decision (<i>Supporting documentation attached</i>)	
Eligible <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding, <input type="checkbox"/> Defer <input type="checkbox"/>

CBU Unique ID



تاريخ دم الحبل السري الطبي /
استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:
-------------------------	--------------

Section 4: Deferral Notification, if applicable		
Notification Attempt #1	Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:
Notification Attempt #2 (if applicable)	Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:
Note (if applicable)		
Unable to contact mother for notification <input type="checkbox"/> If applicable	Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:

Section 5: Final Eligibility		
Eligible <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding <input type="checkbox"/>	
Defer <input type="checkbox"/> <i>Select all deferral reasons that apply.</i>		
<input type="checkbox"/> Language Barrier	<input type="checkbox"/> Declined CB-MHHAQ and/or BW	
<input type="checkbox"/> Maternal Medical/Genetic History	<input type="checkbox"/> Mother's Travel History	
<input type="checkbox"/> Family Medical/Genetic History	<input type="checkbox"/> Unable to Obtain Maternal Samples	
<input type="checkbox"/> Mother's Social History		
Notification from MF of Non Qualifying Unit <input type="checkbox"/> (If applicable)	Mother Notified of Deferral <input type="checkbox"/> or Non Qualifying Unit, if applicable	
Chart Review Form Attached <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Attachments <input type="checkbox"/> N/A		
Attachment #	Attachment Title	# pages in Attachment
ATT-0		
ATT-0		
Date: YYYY / MM / DD	RN Signature:	
2 nd RN Reviewer/Initials: _____		Date: YYYY / MM / DD

CBU Unique ID



تاريخ دم الحبل السري الطبي/
استبيان التقييم الصحي

Maternal Hospital ID Label

DEV# (if applicable):