



DOTAZNÍK DÁRCE STOLICE PRO ÚČELY FEKÁLNÍ BAKTERIOTERAPII

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vybrán/a jako potenciální dárce stolice pro plánovaný výkon, který se nazývá fekální bakterioterapie. Jde o přenos stolice od zdravého dárce do střeva příjemce za účelem obnovení porušeného složení střevní flory u pacienta (příjemce). Údaje v dotazníku slouží k doplnění informací pro řádné posouzení Vašeho zdravotního stavu a posouzení rizika možného infekčního onemocnění u dárce stolice. Proto, prosíme, pečlivě a pravdivě vyplňte všechny údaje.

Jméno, příjmení dárce:

Rodné číslo: Pojišťovna:

Adresa trvalého bydliště:

Váha:kg Výška:cm Body Mass Index (BMI):

Faktory ovlivňující složení střevních bakterií

- **Pracujete osobně nebo někdo z rodiny ve zdravotnictví? Pokud ano, bydlíte ve společné domácnosti?** ☐ NE ☐ ANO
- **Užíval/a jste antibiotika nebo střevní dezinficiencia (např. Endiaron) v období posledních 3 měsíců?**
☐ NE ☐ ANO jaké velikost dávky doba užívání
- **Užíváte léky ovlivňující imunitní systém (kortikoidy, cyklosporin, imunosupresiva, biologickou léčbu)?**
☐ NE ☐ ANO jaké velikost dávky doba užívání
Jste na něco alergická/ý? ☐ NE ☐ ANO
- **Užíváte pravidelně nějaké léky?**
☐ NE ☐ ANO název gramáž dávkování
- **Prodělal/a jste chemoterapii nebo ozařování?** ☐ NE ☐ ANO
- **Byl/a jste někdy transplantován/a?**
☐ NE ☐ ANO datum transplantace transplantovaný orgán
- **Jste sledovaná/ý pro jiná onemocnění (diabetes mellitus, ICHS, autoimunitní onemocnění, aj.)?**
☐ NE ☐ ANO jaká
- **Byl/a jste v posledních 3 měsících očkovan živou vakcínou (živým virem, bakterií)?**
☐ NE ☐ ANO jakou datum aplikace
- **Kouříte?** ☐ NE ☐ ANO kolik let kolik cigaret/den
- **Pijete alkohol?** ☐ NE ☐ ANO PŘÍLEŽITOSTNĚ ☐ ANO PRAVIDELNĚ (minimálně 5x týdně)
- **Kolik hodin denně přibližně spíte?** hodin/den
- **Máte lékařsky potvrzenou neurodegenerativní nemoc?** ☐ NE ☐ ANO (zaškrtněte nebo dopište jakou)
☐ Alzheimerova choroba (AD) a ostatní demence ☐ Parkinsonova choroba (PD) a poruchy s ní související
☐ Prionové choroby ☐ Onemocnění motoneuronu (MND) ☐ Huntingtonova choroba (HD)
☐ Spinocerebelární ataxie (SCA) ☐ Spinální svalová atrofie (SMA) ☐ Jiné:
- **Máte lékařsky potvrzenou depresi? Pokud ano, jaké léky užíváte, dávku a časový interval dávek.**
☐ NE ☐ ANO název užívaného léku dávka časový interval dávek

Onemocnění zažívacího traktu

- **Jste nebo byl/a jste léčen/a gastroenterologem pro ulcerózní kolitidu, Crohnovu nemoc, dráždivý tračník?**
☐ NE ☐ ANO

- Prodělal/a jste operaci zažívacího traktu (operaci na střevech, konečníku, žlučníku, slinivce, játrech aj)?
☐ NE ☐ ANO jakou
- Jste léčen/a pro jiné onemocnění zažívacího traktu? ☐ NE ☐ ANO jaké
- Byl/a jste léčen/a pro nádor zažívacího traktu? ☐ NE ☐ ANO
- Byl/a jste léčen/a pro parazitickou infekci či infekci *Giardia lamblia* a dalšími mikroorganismy napadající zažívací systém? ☐ NE ☐ ANO
název původce datum počátku obtíží datum ukončení obtíží
užívané léky datum ukončení léčby
- Byly u vás zjištěny polypy nebo divertikly (výchlipky stěny) na střevech? ☐ NE ☐ ANO
- Byl/a jste v minulost vyšetřován/a pro obtíže se zažívacím traktem (zácpy, průjemy, krev ve stolici aj.)?
☐ NE ☐ ANO jaké

Infekční onemocnění

- Prodělal/a jste v posledních 4 týdnech horečnaté onemocnění, nebo jste měly symptomy jako křeče v břiše, průjem, zvětšené lymfatické uzliny? ☐ NE ☐ ANO
- Prodělává někdo ve Vaší rodině v tuto chvíli infekční onemocnění (dýchací cesty, průjem, jiné)? ☐ NE ☐ ANO
- Prodělal/a jste v posledních 3 měsících onemocnění Covid-19? ☐ NE ☐ ANO
- Prodělává někdo ve Vaší rodině v tuto chvíli Covid-19? ☐ NE ☐ ANO
- Setkal/a jste se v uplynulých 4 týdnech s někým kdo měl prokázanou infekci Covid-19? ☐ NE ☐ ANO
- Byl/a jste v poslední době hospitalizován? ☐ NE ☐ ANO
- Byl/a jste v uplynulých 6 měsících ošetřen/a v podmínkách s nízkým hygienickým standardem?
☐ NE ☐ ANO kde přesné datum ošetření
- Prodělal/a jste někdy infekci multirezistentními organismy (MRSA, ESBL, E. coli)? ☐ NE ☐ ANO
- Byl/a jste někdy označen/a za přenašeče některého infekčního agens, včetně multirezistentních organismů?
☐ NE ☐ ANO
- Obdrželi jste v posledních 6 měsících transfúzi, mraženou plazmu, deriváty krve či plazmy? ☐ NE ☐ ANO
- Jste léčen/anebo jste sledovaný/á pro žloutenku typu A, B, C, E nebo HIV/AIDS infekci? ☐ NE ☐ ANO
- Byl/a jste v kontaktu s pacientem s prokázanou infekční žloutenkou, HIV/AIDS? ☐ NE ☐ ANO
- Měl/a jste úzký kontakt s osobou s vysokým rizikem sexuálně přenosných infekcí (např. prostitutka, homosexuál, narkoman)? ☐ NE ☐ ANO
- Máte v posledních 6 měsících nového sexálního partnera? ☐ NE ☐ ANO
- Jste uživatelem drog? ☐ NE ☐ ANO
- Měl/a jste posledních 6 měsíců aplikované tetování, piercing, náušnice, akupunkturu? ☐ NE ☐ ANO
- Píchnul/a jste se potenciálně infekční jehlou v posledních 6-ti měsících? ☐ NE ☐ ANO
- Cestoval jste v posledních 6 měsících do oblasti se sníženým hygienickým standardem (ostrov Středomoří, Afrika, Asie, Střední Amerika)? ☐ NE ☐ ANO

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o metodě, ke které bude použit biologický materiál, jehož jsem dárce. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny shora uvedené údaje po pravdě a nezatajil/a jsem žádné mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh výkonu (zejména užívané léky, alergie, přidružená onemocnění, zvyky a styk s infekční chorobou).

V Praze, dne:

Podpis dárce:

V Praze, dne:

Identifikace a podpis lékaře: