

Hastalık Geçmişı Formu

Bu soruların (doğumdan maks. 48 saat önce) dürüst, eksiksiz ve mümkün olduğunca tek başına cevaplandırılması bağışlanan kordon kanı onayı için çok önemli ve gereklidir.

Sorularınız olması durumunda lütfen aşağıdaki telefonda bizimle iletişime geçin: 0351/ 250966 0

☒ Evet olarak cevapladığınız her soru hastalığın türünü, başlangıç zamanını, süresini ve kullanılan ilaçları içeren ilave bir açıklama gerektirir. Lütfen bunun için Sayfa 3'te bulunan "Açıklamalar" alanını kullanın.

Anne (mümkünse, etiket)

İsim: _____

Doğum tarihi: _____

Hasta no.: _____

ANNENİN HASTALIK GEÇMİŞİ

Lütfen uygun olanı işaretleyin! Özel bilgilerinizi bire bir doktorunuz ile paylaşabilirsiniz.

1. Son 4 hafta içinde - bir enfeksiyon (ör. soğuk algınlığı, ishal) geçirdiniz mi? Evet ise: Ne? _____ Ne zaman? _____ ateşli ☐ Hayır, ☐ Evet - Hap veya iğne kullandınız mı? Evet ise: Tam olarak neydi? _____ - Enfeksiyon (ör. kızamıkçık, kızamık, kabakulak) geçirenlerle temasta bulundunuz mu?	☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet
2. Son 12 ay içinde kuduz aşısı veya son 4 hafta içinde hepatit B aşısı veya canlı aşı (ör. sarı humma, tifo, suçiçeği, kızamık, kabakulak, kızamıkçık, kolera) oldunuz mu? Evet ise: Hangi aşı? _____	☐ Hayır ☐ Evet
3. Son 4 ay içinde, tek kullanımlık iğnelerle aseptik koşullar altında yapılmayan bir akupunktur tedavisi, dövme veya cilt ya da mukoza zarında yaralanmaya neden olan başka kozmetik işlemler (ör. kulak delme, piercing, transdermal implantlar, Cutting, Branding, kalıcı makyaj) geçirdiniz mi?	☐ Hayır ☐ Evet
4. Son 4 ay içinde sarılık/hepatit veya tüberküloz hastaları ile temasta bulundunuz mu (ör. ev ortamında)?	☐ Hayır ☐ Evet
5. Son 4 ay içinde başka bir kişinin kanı ile, örneğin açık yara, mukoza (buna göz de dahildir) veya bir alet ile yaralanma (ör. enjeksiyon iğnesi) vasıtasıyla temasta bulundunuz mu?	☐ Hayır ☐ Evet
6. Bugüne kadar sizde HIV, Hepatit A/B/C/D/E, AIDS veya HTLV 1/2 tespit edildi mi?	☐ Hayır ☐ Evet
7. Son 4 ay içinde HIV/hepatit enfeksiyonu açısından özellikle risk altındaki bir gruba dahil miydiniz ¹ veya son 4 ay içinde bu gruba dahil bir kişiyle cinsel temas kurdunuz mu? Son 4 ay içinde HIV temas öncesi korunma tedavisi (PrEP) için ilaç kullandınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet
8. Hapiste misiniz veya son 4 ay içinde hapisten tahliye edildiniz mi?	☐ Hayır ☐ Evet
9. Son 4 ay içinde, HBV, HCV veya HIV için endemik bir bölgede/yüksek prevalanslı bir ülkede yaşayan ya da oradan gelen bir kişiyle yakın temas kurdunuz mu?	☐ Hayır ☐ Evet
10. Son 12 ay içinde kan, kan ürünleri veya hayvansal kökenli serum kullandınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet
11. Bugüne kadar insan kökenli (ör. kök hücre bağışı, yumurta hücresi bağışı, sperm bağışı), hayvan kökenli (ör. ksenogreft) organ nakli veya hayvan kökenli canlı hücre nakli yaptırdınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet
12. Son 4 ay içinde ameliyat, endoskopi (endoskopik görüntüleme), kateter uygulaması (istisna: tek kullanımlık kateter) yaptırdınız mı veya kaza geçirdiniz mi? Evet ise: Ne ve tam olarak ne zaman?	☐ Hayır ☐ Evet
13. Geçtiğimiz hafta küçük bir ameliyat veya diş ekstraksiyonu geçirdiniz mi? Evet ise: Tam olarak neydi?	☐ Hayır ☐ Evet

¹ Son 4 ay içinde kan yoluyla bulaşabilecek ağır enfeksiyon hastalıklarının bulaşma riskini ciddi anlamda artıran cinsel davranışlarda bulunan bir kişi. Buna dahil olanlar: Toplamda iki kişiden fazla kişiyle cinsel ilişki, yeni tanışılan bir kişiyle anal ilişki yaşanmışsa cinsel ilişki, toplamda birden fazla kişiyle anal ilişki yaşanmışsa cinsel ilişki, seks işçiliği veya seks işçiliğinden faydalanma, HBV, HCV veya HIV enfeksiyonu olan biriyle cinsel ilişki, HBV, HCV veya HIV prevalansının yüksek olduğu endemik bir bölgede/ülkede yaşayan veya oradan gelmiş olan bir kişi ile cinsel ilişki.

14. Şu an açık bir yaranız, apseniz veya cilt enfeksiyonunuz var mı? Evet ise: Tam olarak neydi?	☐ Hayır ☐ Evet
15. Madde, alkol veya ilaç bağımlısı mısınız ya da bağımlı mıydınız?	☐ Hayır ☐ Evet
16. Son 6 ay içinde yurt dışına çıktınız mı? Evet ise: Nereye ve ne zaman?	☐ Hayır ☐ Evet
17. Malaryanın yaygın olduğu bir bölgede doğdunuz, yetiştiniz veya 6 aydan uzun bir süre bulundunuz mu? Evet ise: En son seyahatinizi ne zaman ve nereye yaptınız?	☐ Hayır ☐ Evet
18. Son 6 ay içinde malaryanın yaygın olduğu bir bölgede bulundunuz mu? Evet ise: Nerede? _____ İlaç kullandınız mı? Evet ise, hangi ilaç?	☐ Hayır ☐ Evet
19. Gebelik sırasında sizde Zika virüsü enfeksiyonu teşhisi yapıldı mı? Gebelik sırasında Zika virüsü için riskli endemik bir bölgeye seyahat ettiniz veya burada bulundunuz mu? Gebelik sırasında cinsel ilişkiden önceki son 6 ay içinde Zika virüsü teşhisi yapılmış veya cinsel ilişkiden önceki son 6 ay içinde Zika virüsü endemik bölgesinde bulunmuş bir kişiyle cinsel ilişkiniz oldu mu?	☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet
20. Son 4 hafta içinde size Batı Nil virüsü enfeksiyonu tanısı konuldu mu?	☐ Hayır ☐ Evet
21. Sizde, çocuğun babasında veya ikinizin akrabalarında Bulaşıcı Süngerimsi Ensefalopati (TSE), ör. Creutzfeldt-Jakob hastalığı, Creutzfeldt-Jakob hastalığının bir varyantı veya TSE şüphesi ortaya çıktı mı?	☐ Hayır ☐ Evet
22. Kanser, tümör, kalp/damar hastalığı, hipertansiyon (ilaçlarla tedavi edilen), alerji, romatizmal ateş, tüberküloz, kronik taşıyıcı olarak salmonella enfeksiyonları (tifo, paratifo), borreliyo (Lyme hastalığı), toksoplazmozis, Q humması, tropikal hastalıklar (sıtma, tifüs ateşi ve diğer riketsiyozlar, babeziyo, tripanosomiasis, layşmanyaz, tularemi, cüzzam, bruselloz, tekrarlayan ateş, melioidosis vb.), cinsel yolla bulaşan hastalıklar (gonore, sifilis, şankroid, Lymphopathia Venerea vb.) geçirdiniz mi veya geçiriyor musunuz? Evet ise: Ne ve tam olarak ne zaman?	☐ Hayır ☐ Evet
23. Kan, lenf düğümleri, sinir (nöbetler / havale), böbrek/tiroid, akciğer/bronş, kemik (ör. osteomyelit), karaciğer, gastrointestinal sistem, ürogenital sistem, merkezi sinir sistemi ile ilgili bir hastalığınız oldu mu veya var mı? Evet ise: Ne ve tam olarak ne zaman?	☐ Hayır ☐ Evet
24. Otoimmün hastalığı veya örneğin diyabet (şeker hastalığı) gibi metabolik hastalığınız var mı? Evet ise: Ne ve ne zamandır? _____ İlaç kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet, hangi ilaçlar?	☐ Hayır ☐ Evet
25. Hamilelik esnasında ciddi komplikasyonlar yaşadınız mı veya malformasyonlar, kromozomal bozukluklar veya fetüsün ciddi bir hastalığının olduğunu gösteren bulgular var mı?	☐ Hayır ☐ Evet
26. Hamilelik esnasında akut bir enfeksiyon geçirdiniz mi veya şu an geçiriyor musunuz? Evet ise: Ne enfeksiyonu ve ne zaman?	☐ Hayır ☐ Evet
27. Hamilelik esnasında hepatit geçirdiniz mi veya şu an geçiriyor musunuz? Evet ise: Ne enfeksiyonu ve ne zaman?	☐ Hayır ☐ Evet
28. Son 12 ay içinde geçirdiniz mi: ☐ tromboz ☐ lenf bezi şişmesi ☐ cilt değişiklikleri ☐ kramp / bayılma ☐ öksürük ☐ dolaşım bozuklukları ☐ kalp rahatsızlıkları ☐ ateş ☐ kilo kaybı ☐ gece terlemesi ☐ HERHANGİ bir bulguya rastlanmadı ☐ mide / bağırsak hastalıkları ☐ pıhtılaşma bozuklukları ☐ anormal kanamalar ☐ böbrek/mesane enfeksiyonları	
Lütfen ☒ Evet olarak yanıtladığınız tüm sorular için açıklama yapın (gerekirse hastalık türünü, başlangıç zamanını, ilaç bilgilerini belirtin):	

AİLENİN HASTALIK GEÇMİŞİ (çocuk bakımından)

Hamilenin ve biyolojik babanın aile geçmişi ile ilgili bilgilere ihtiyacımız var. Lütfen aşağıda listelenen akrabalık ilişkilerinin **çocuk açısından** ele alındığını unutmayın, örneğin anne sizsiniz, kardeş ise doğacak bebeğin kardeşi anlamına gelir, vb.

Ebeveynlerin ve büyükanne ve büyükbabaların aile kökeni (ör. Almanya, Türkiye):

Anne _____ Büyükbaba _____ Büyükanne _____
Baba _____ Büyükbaba _____ Büyükanne _____

1. Çocuğun yakın ailesinde (yani anne, baba, kardeşler) kötü huylu tümör, lösemi veya miyeloproliferatif bozukluklar var mı veya daha önce görüldü mü? Evet ise: Kim ve ne?	☐ Hayır ☐ Evet
2. Hamilenin veya biyolojik babanın diğer aile fertlerinde (yani çocuğun büyükanne ve büyükbabaları dahil olmak üzere) lenfatik veya hematopoetik sistemi etkileyebilecek genetik hastalıklar (ör. sferositoz, Diamond-Blackfan, talasemi, orak hücreli anemi, eliptositoz, Fanconi anemisi, SCID, lökodistrofiler, kronik granülomatöz hastalığı, hipoglobülinemi, DiGeorge, Wiskott-Aldrich, Nezelof sendromu, ADA, PNP eksikliği, Glanzmann, Alport, Herediter trombositopeni, trombosit depolama hastalığı, Tay-Sachs, ataksi telenjiyektazi, diğer telenjiyektaziler, Filippo, Gaucher, Hurler, Hunter), otoimmün hastalıklar, müsküler distrofi, multipl skleroz veya ciddi kalıtsal deri hastalıkları (ör. nörofibromatozis, konjenital aşırı ışık hasarı) var mı? Evet ise: Kim ve ne?	☐ Hayır ☐ Evet
3. Çocuğun ailesinde kromozomal bozukluklar veya diğer ciddi, kalıtsal hastalıklar mevcut mu? Evet ise: Kim ve ne?	☐ Hayır ☐ Evet

LÜTFEN TEKRAR KONTROL EDİN:

- Tüm soruları yanıtladınız mı?
- “Evet” olarak yanıtladığınız tüm sorular için kısa açıklamalar yaptınız mı?
- Tüm bilgilerin gerçek ve doğru olduğunu teyit ediyor musunuz?
- Kişisel bilgiler (isim, doğum tarihi, adres, telefon numarası) eksiksiz bir şekilde verildi mi?
- Rıza beyanı imzalandı mı?
- Bu formda bulunan tüm tıbbi ve kişisel bilgiler doğum zamanında geçerli mi?
- Eksik bilgilerin veya gerçeğe uygun olmayan bilgilerin, bağışı alan kişinin sağlığının veya kendi sağlığının ciddi şekilde zarar görmesine neden olabileceğini biliyorum.

Tarih

Annenin imzası

Gerekirse sözlü veya yazılı çeviri yapan
çevirmenin adı ve soyadı**Kordon kanını alan doktorun onayı**

Tıbbi açıdan bakıldığında üretim talimatları (ID 290 “Allojenik kordon kanının toplanması”) açısından kordon kanı bağışı için herhangi bir sorun bulunmamaktadır. Bağış sırasında annenin verici olmaya uygun olduğunu onaylıyoruz.

Tarih

İsim

Yetkili doktorun imzası

(Matbaa harfleri veya kaşe)

Açıklamalar:

Kordon kanı bağışı için rıza beyanı

	Anne	Baba (velayet ve temsil hakkı olması durumunda)
Soyadı, adı:		
Doğum tarihi:		
Adres: (sokak, posta kodu, şehir)		
Telefon numarası:		
E-posta (istendir):		

İşbu belgeyle çocuğumun kordon kanının toplanması ve DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya bağışlanması için onay veriyorum.

- Bana verilen bilgilendirme broşürü ile kordon kanı bağışı hakkında bilgilendirildim ve bu konu ile ilgili soru sorma imkanına sahip oldum. Sorularıma yeterli ve açıklayıcı yanıtlar verildi.
- Anne, baba ve çocuk hakkındaki bilgilerin doğru olduğundan ve adres değişikliklerini DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya bildireceğimi beyan ederim. DKMS Stem Cell Bank gGmbH adres bilgilerimin doğruluğundan şüphe duyarsa, nüfus müdürlüğünden bilgi talep edilmesini onaylıyorum.
- Çocuğum adına, kordon kanı üzerindeki mülkiyet hakkını, açıklanan amaçlar doğrultusunda üzerinde tasarrufta bulunabilmesi için DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya devrediyorum.
- Kordon kanı bağışını DKMS Stem Cell Bank gGmbH donör veri tabanına ekleyebilmek için kordon kanının ve alınan kan örneklerinin ilgili test laboratuvarı tarafından enfeksiyon belirteçleri (virüslerin (ör. HIV, hepatit, CMV) ve mikroorganizmaların (ör. sifiliz etkeni) dolaylı ya da doğrudan tespiti, hemoglobinozpatiler (kırmızı kan pigmenti konjenital hastalığı) ile diğer biyolojik faktörler (ör. HLA özellikleri)) yönünden test edilmesini onaylıyorum. Olası ardıl testler ve gerekli olması durumunda yeniden numune toplanması için referans numunelerinin saklanması onaylıyorum.
- Gizli cayma prosedürünün ardından kordon kanı bağışının kullanılmayacağı bana taahhüt edilmiştir. Bu konuda DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya şu adresten yazılı olarak başvurabilirim: Enderstr. 94/Haus C, 01277 Dresden; office@dkms-stemcellbank.de.

Veri koruma kanunu kapsamında rıza beyanı

- Kordon kanı bağışının kaydedilmesi ile ilgili olarak DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya aşağıdaki hususlar için onay veriyorum:
 - çocuğumun kordon kanı bağışını DKMS Stem Cell Bank gGmbH'nın donör veri tabanına kaydetmek, donör uygunluğunu kontrol etmek ve ilgili donör profilini güncellemek için şahsımı ve çocuğumu içeren kişisel verileri (isim, adres, doğum tarihi dahil), sağlığınıza ilgili tıbbi verileri ve yukarıda belirtilen laboratuvar testlerinden elde edilen genetik verileri saklamasına;
 - aramaya ilişkin verileri (ör. yaş, cinsiyet, HLA özellikleri), uygun donör arayışı için ulusal ve uluslararası donör kayıt birimlerine yalnızca psödonomize edilmiş bir şekilde iletmesine
 - kordon kanı bağışımızın bir hastaya uygun olması durumunda benimle iletişime geçmek için iletişim bilgilerimi (e-posta, telefon dahil) kullanmasına
- Ayrıca klinik personelinin DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya benimle, çocuğumla ve doğumla ilgili tıbbi tedavi süreci hakkında bilgi vermesini onaylıyorum. Bu amaçla klinik personeli tıbbi gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyorum.
- Henüz bir hastaya bağış yapılmamış olması koşuluyla herhangi bir gerekçe göstermeksizin bu rıza beyanını DKMS Stem Cell Bank gGmbH tarafınca (Enderstr. 94/Haus C, 01277 Dresden, office@dkms-stemcellbank.de) iptal edebileceğimi biliyorum. Aksi yönde bir yasal süre olmaması koşuluyla, iptal durumunda verilerim silinecektir.
- Ayrıca sunulan "Veri koruma hakkında bilgilendirme broşürü" ekinde yer alan ayrıntılı bilgileri okudum.

Lütfen aşağıdaki hususlarla ilgili olarak kişisel bir karar verin: Bağışın bir hastada kullanılabilmesi için gerekli kalite kriterlerine uygun olmaması durumunda, kordon kanı bağışının

☐ Evet ☐ Hay DKMS Stem Cell Bank gGmbH'da kalite güvencesi amacıyla kullanılmasını kabul ediyorum (bkz. bilgilendirme broşürü 7.1 bölümü).

☐ Evet ☐ Hay bilimsel araştırmalar için kullanılmasına izin veriyorum (bkz. bilgilendirme broşürü 7.2 bölümü).

Tarih, Yer

İsim

(Matbaa harfleri veya doktorun kaşesi)

İmza

(Kordon kanının toplandığı klinikte bilgi veren doktor)

Tarih, Yer

İmza

(Anne)

İmza

(Baba, velayet ve temsil hakkı olması durumunda)

(gerekirse sözlü veya yazılı çeviri yapan çevirmenin adı ve soyadı)

beyaz: DKMS için

perembe: hastaya verilmesi için

mavi: kliniğe verilmesi için

DKMS Stem Cell Bank	ID 307	Formblatt
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_17F_türk._Ausf��llhilfe_IBD	

- Numunelerin analizi sırasında daha önce bilinmeyen bir doku özelliği (alel) tespit edilirse, DKMS Life Science Lab gGmbH laboratuvarı bu aleli adı, alındığı ülke ve alındığı yıl ile birlikte sorumlu kurumlarla (Avrupa Nükleotid ArŐivi (ENA), IPD-IMGT/HLA veri tabanı) paylaŐacaktır. Söz konusu alelin kaynağı hakkında herhangi tanımlayıcı bilgi verilmemektedir.
- Kordon kanı bağışının nakli ile ilgili tüm veriler (  r. yaş, cinsiyet, HLA   zellikleri) yabancı baĐıŐıŐıların aranması amacıyla Ulm'deki Federal Almanya Cumhuriyeti Merkez Kemik İliği Verici Kaydı (ZKRD) aracılığıyla uluslararası kuruluşlara ps  donomize edilmiş Şekilde iletilir. Aramaya ilişkin verilerinizi aktif sevk iŐleminin bir parçası olarak iŐleyen araŐtırma kurumları (diğer donör kayıt merkezleri, nakil klinikleri, vb.), Avrupa Birliği (AB) veya Avrupa Ekonomik Alanı'ndan potansiyel olarak daha düŐük veri koruma düzeyine sahip ülkelerde,   rneğin ABD'de bulunabilir. Bu durumda devlet kurumlarının veya özel kurumların izleme amacıyla verilerinize eriŐme riski vardır. Ayrıca Avrupa Veri Koruma Yasası'na kıyasla daha az veya kısıtlı uygulama alanı olan yasal yollara tabi olabilirsiniz. AB için uygun bir veri koruma düzeyi sağlamak amacıyla, DSGVO m. 46 f. 2 bent c uyarınca AB Standart SözleŐme Maddeleri konusunda neredeyse tüm uluslararası baĐıŐıŐı kayıt merkezleri ile mutabakata varılmıŐtır. Yeterli veri koruma seviyesine sahip olmayan az sayıdaki uluslararası donör kayıt merkezi için, aramaya ilişkin verilerinizin iletilmesi için DSGVO m. 49 f. 1 bent a uyarınca onayınızı rica ediyoruz. Güvenliğiniz için verilerinizin iletilmeden önce takma bir isimle (isminiz belirtilmeden) őifrelenir. Bu sayede yetkili olmayan üçüncü kiŐiler tarafından kimliğinizin tespit edilme olasılığı mümkün olduğunca engellenir.
- Kordon kanı bağışınızın talep edilebilmesi ve bir hasta için kullanılabilmesi için kordon kanı bağışı raf ömrü boyunca dünya çapında donör arayışı amacıyla bağışınız eriŐime açık tutulacaktır. İzninize tabi olarak, veriler son kullanma tarihinden sonra kalite güvencesi ve/veya bilimsel araŐtırma için kullanılabilir. Onay vermemeniz durumunda daha uzun yasal saklama yükümlülükleri olmadığı sürece (  r. donör bulunmuş olması durumunda) numune imha edilecek ve őahsınıza ilişkin bilgiler silinecektir.
- DSGVO kapsamında kişisel verilerinizle iliŐkili olarak aşağıdaki haklara sahipsiniz: DSGVO m. 15 uyarınca bilgi alma hakkı, DSGVO m. 16 uyarınca düzeltme hakkı, DSGVO m. 17 uyarınca silme hakkı ('unutulma hakkı'), DSGVO m. 18 uyarınca kısıtlama (iŐleminin kısıtlanması) hakkı ve DSGVO m. 20 uyarınca veri taŐınabilirliĐi hakkı. DSGVO m. 89 ve BDSG m. 27 uyarınca bilimsel değerlendirmelerin gerçekleŐtirilmesine yönelik veri iŐlemeyle ilgili olarak, DSGVO m. 21 uyarınca itiraz etme hakkına sahipsiniz.
- Rızanız gönüllülük esasına dayanır. DKMS K  k Hücre Bankası gGmbH'ya verdiğiniz rıza beyanını dilediğiniz zaman ve gerekçe göstermeksizin iptal edebilirsiniz. İptal etmek, iptal tarihe kadar yapılan iŐlemin yasalılığını etkilemez. Bu durumda başka yasal saklama yükümlülükleri bulunmadığı sürece verileriniz silinecek ve numune imha edilecektir.
- Kişisel verilerinizi kullanma yöntemimiz konusunda bir őikayetiniz varsa datenschutz@dkms-stemcellbank.de adresinden veya posta yoluyla DKMS Stem Cell Bank gGmbH Datenschutzbeauftragter, Enderstr. 94 / Haus C, 01277 Dresden adresinden veri koruma g  revlimize ulaŐabilirsiniz. őikayetinizi araŐtıracaĐımızdan emin olabilirsiniz.
- DSGVO'nun 77. maddesi uyarınca bir denetleyici makama, özellikle ikamet yerinizden sorumlu makama veya DKMS Stem Cell Bank gGmbH'dan sorumlu veri koruma makamına őikayette bulunma hakkınız vardır (Saksonya Veri Koruma Görevlisi, <http://www.saechsdsb.de/n-kontakt>).

Veri korumaya ilişkin daha fazla bilgiye <https://www.dkms-stemcellbank.de/datenschutz/> adresinden ulaŐabilirsiniz.

DKMS Stem Cell Bank	ID 306	Formblatt
	Gewinnung von allogenen Nabelschnurblut_16F_türk._Ausf��llhilfe_IB	

Kordon kanı bağışı hakkında bilgilendirme broşürü

1 Kordon kanı nedir?

Bebeğiniz hamilelik esnasında kordon bağı ile sağlıklı bir gelişim için gerekli olan tüm bileşenlerle beslenir. Bunu sağlayabilmek için anne ve bebeğin bedeni arasında kordon kanı ileriye ve geriye doğru akar. Bebek bu şekilde  r. besleyici maddelerle beslenir ve enfeksiyonlardan korunur.

Doğumun ardından ve kordon kesildikten sonra artık kordon bağına ihtiyaç duyulmaz. Anne ve bebek artık birbirinden ayrılır. Fakat kordon kanı yine de işe yaramaz değildir. Örneğin kök hücreler içerdiği için başka insanlara bağışlanabilir. Aksi takdirde bertaraf edilir.

2 Kordon kanı ne için kullanılabilir?

Kök hücrelerin nakli ile hematopoetik sistemi kötü huylu doğumsal ve edinsel hastalıklarla ( rneğin lösemi, talasemi veya aplastik anemi gibi) veya enzim eksiklikleriyle savaşan hastalar için um t verici bir tedavi sağlanır. Bu hücreler, büyüme faktörleriyle uyarıldıktan sonra gönüllü vericilerin sirkülasyon halindeki kanlarından ya da kemik iliğinden elde edilebilir. Kordon kanında bulunan kök hücrelerin nakli de buna eşdeğer bir olanak sağlar.

3 Kordon kanı bağışı için  n koşullar

Kordon kanı bağışı yasal gerekliliklere göre yapılması gereken bir kan bağı ıdır ( r. İlaç Yasası, Transfüzyon Yasası, Alman Tıp Derneği Direktifleri). Bu nedenle bağıştan önce bir takım formaliteleri yerine getirmek gerekir. Bu bilgilendirme broşürünün yanı sıra size hastalık geçmişiniz ile ilgili sorular içeren bir hastalık geçmişi formu, bir rıza beyanı ve veri koruma bilgi formu teslim edilir. Hastalık geçmişi formu ve rıza beyanı tarafınızdan doldurulmalı ve imzalanmalıdır.

4 Kişisel bilgiler ne için gereklidir?

Anneyi ve/veya ebeveynleri bağışlanan kordon kanının işlenmesi veya atılması ile ilgili bilgilendirmek için annenin ve gerektiğinde babanın adı ve adresi gereklidir. Özellikle bir hasta ile ilgili spesifik bir soru sorulması gerektiği durumlarda çocuğun mevcut sağlık durumu hakkında bilgi almak için telefon numaranız gerekmektedir. Bu şekilde herhangi bir soru olması durumunda sizinle hızlı bir şekilde iletişime geçilebilir. Bu kapsamda annenin kimlik tespitinin doğru bir şekilde yapılabilmesi için hastanede kullanılan hasta numarası da karşılaştırılmaktadır.

Doku  zellikleri ve kombinasyonları yerel farklılıklar gösterir. Bu  zelliklerin birbiriyle örtüşme olasılığı aynı etnik grubun içerisinde daha yüksektir. Nadir doku özelliklerine sahip insanların köken bölgelerinde genellikle verici bankaları ve kordon kanı bankaları aktivitelere oldukça zayıftır veya hiç yoktur. Bu nedenle ailevi köken ile ilgili bilgiler, uygun verici aranırken daha hızlı ve hedefe yönelik bir arama yapılmasını sağlar.

5 Kordon kanının alınması

Kordon kanı alımı, yalnızca klinikte belirlenen bağış saatleri içinde gerçekleştirilebilir. Doğum bu saatler dışında ve dolayısıyla kan alımının yasak olduğu saatlerde gerçekleşirse, kordon kanı alınamaz.

Doğum yapılacak gün rutin kontroller için biraz kan (yakl. 33 ml) alınır. Bebeğin doğumu ardından kordon bağı kısırılır, bebeğin kordonu kesilir ve bebek beslenir. Kordon bağında bulunan kan (ortalama yakl. 60 ml) alınır ve steril bir torbada toplanır. Bu işlemden dolayı bebeğiniz ve sizin için hiçbir zaman bir dezavantaj veya tehlike oluşmaz.

Kordon kanı, DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya (bundan sonra DKMS SCB olarak anılacaktır) nakledilir ve burada işlenir. Ardından kök hücreler azot tanklarında, gerekirse daha uzun bir süre boyunca - 180  C'de depolanır.

Aynı zamanda annenin kanı ve kordon kanı test edilir. Test, kanda bulaşıcı hastalıklar (Frengi, Hepatit B/C, CMV, HIV, HTLV vs.) ve hemoglobinopatisi olup olmadığını tespit etmek için yapılır. Ayrıca doku özellikleri belirlenir. Size ve çocuğunuza ait kişisel veriler DKMS SCB veri tabanına kaydedilir ve kordon kanı bağışı ile ilişkilendirilerek belirsiz bir süre boyunca burada saklanır. Tüm test sonuçlarının olumlu olması durumunda bağışınız ulusal ve uluslararası kök hücre kayıtları ile dünyanın dört bir tarafındaki nakil merkezlerinin kullanımına sunulur. Bağı ınızdan yararlanabilecek hastalara örnek olarak hematopoetik sistem hastalıklarından muzdarip olan ve kan kök hücre nakli ile tedavi edilebilecek hastalar gösterilebilir. Nakil merkezleri ve hastalar sizin veya çocuğunuzun kimlik bilgilerine ulaşamaz. Bağış kişiye özel bir takma isimle (numara ve/veya harf kodu) tanımlanır.

Revision 024/08.2026	G�ltig ab 31.08.2026	Seite 1 von 3
----------------------	----------------------	---------------

DKMS Stem Cell Bank	ID 306	Formblatt
	Gewinnung von allogenen Nabelschnurblut_16F_türk._Ausf��llhilfe_IB	

6 Olağandışı sonuçlar ve enfeksiyonlar hakkında geri bildirim

Kan  rneklerinizin ve kordon kanınızın laboratuvar ortamında test edilmesi sonucunda sağlığınıza ilişkin önemli sonuçlar elde edilebilir. Enfeksiyon Koruma Yasası (IfSG) uyarınca bildirilmesi zorunlu olduğundan olası enfeksiyon riski taşıyan patojenlerin yol a tığı enfeksiyonlar tarafınıza mutlaka bildirilecektir. Yasal açıdan belirli enfeksiyonları yetkili makamlara bildirme zorunluluğu vardır. Enfeksiyonların isim belirtilerek rapor edilmesi gereken durumlarda (IfSG Madde 7 (1)) adınız, cinsiyetiniz, doğum tarihiniz, adresiniz ve diğer iletişim bilgileriniz iletilir. İsimle bildirilmesi gerekmeyen enfeksiyonlar söz konusu olduğunda (IfSG Madde 7 (3)) ise raporda cinsiyetiniz, doğum ayınız ve yılınız, posta kodunuzun ilk üç hanesi ve HIV enfeksiyonu durumunda takma adınız yer alır.

7 Bağışınızın araştırma amaçlı kullanılması

Bağışlanan kordon kanının kalite kriterlerini karşılamadığı ve bu nedenle bir hasta için kullanılması mümkün olmadığı durumlar yaşanabilir. Ancak yaptığınız bağış farklı a ılardan fayda sağlayabileceği için DKMS SCB için her zaman değerlidir. Bu nedenle bağışınızın DKMS SCB’de saklanamayacağı durumlarda aşağıdaki alternatif amaçlar için kullanılmasını kabul etmenizi rica ediyoruz.

- 7.1 *Kalite güvencesi: DKMS SCB’de kurum içi validasyon, süreç geliştirme ve işe yeni başlayan çalışanların eğitimi. Yüksek kalite standartlarının korunmasına ve gerektiğinde süreçlerin optimize edilmesine hizmet eder.*
- 7.2 *Bilimsel araştırma: Kök hücre nakillerinin etkinliğini ve güvenilirliğini artırmaya yönelik bilimsel araştırmalar. Bu tür araştırma projeleri  niversiteler, araştırma enstitüleri ve diğer araştırma kuruluşları ile iş birliği içinde veya bağımsız olarak yürütülebilir. Bunun için ön koşullar projelerin sorumlu etik kurul tarafından gözden geçirilmiş olması ve kordon kanı ürünlerinin sadece yeni bir takma ad verildikten sonra kullanılmasıdır.*

Kordon kanı ürününün ticari amaçlarla kullanımı veya piyasaya sürülmesine izin verilmemektedir. Rıza beyanının son bölümünde bu hususlara ilişkin bireysel bir karar verme imkanına sahipsiniz. Bağışınızın araştırma amaçlı kullanılmasını kabul etmezseniz, kök hücre nakli için uygun olmayan kordon kanı ürünü imha edilecektir.

8 Kordon kanı yeni doğan bebeğim için kullanılabilir ve saklanabilir mi?

Birkaç yıldır kordon kanı yeni doğan bebek için saklanabiliyor. Bilimin bulunduğu mevcut aşamada bu sözde “otolog” kordon kanı için hiçbir evrensel uygulama alanı yoktur. Fakat saklanan hücrelerin daha ileri bir tarihte kullanılabilmesi için birkaç yıl içinde yeni uygulama olanaklarının geliştirilebileceği göz ardı edilemez. şahsi saklama durumunda, numune ilk etapta sadece  ocuk ve istisnai durumlarda çocuğun ailesi için kullanılır. DKMS SCB üzerinden tıbbi endikasyon olmadan otolog bir depolama yapılması mümkün değildir.

9 Yönlendirilmiş kordon kanı bağışı

Yönlendirilmiş bağış özel bir durumdur, burada hastalık nedeniyle bir nakil endikasyonu bulunan veya bulunabilecek birinci derece akraba, başka bir akrabaya veya hasta olan bir kardeşe yapılan kordon kanı bağışı kastedilir. Bağış bu durumda sadece hasta olan alıcı için kullanılır.

Çocuğunuzun kordon kanının saklanması veya yönlendirilmiş kordon kanı bağışı ile ilgili sorularınız varsa lütfen çekinmeden bize başvurun.

DKMS Stem Cell Bank	ID 306	Formblatt
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_16F_türk._Ausfüllhilfe_IB	

10 Neler yapılması gerekiyor?

Bağış yapmaya karar vermeniz durumunda lütfen DKMS SCB ile iş birliği yapan bir kliniğe başvurun. Burada kordon kanının alınması ile ilgili tüm süreç detaylı bir şekilde anlatılır ve gerekli belgeler teslim edilir. Dokümanlar da aynı şekilde DKMS SCB'nin web sayfasından indirilebilir (<https://www.dkms-stemcellbank.de/eltern/>).

Tarafınızca imzalanan rıza beyanı ve doldurulan hastalık geçmişi formu diğer belgelerle ve kordon kanı ile birlikte Dresden'de bulunan DKMS SCB'ye gönderilir ve burada test edilir.

Kordon kanı bağışınızın kabul edilmesi, işlenmesi, saklanması ve gönderilmesi kararı DKMS SCB'de çalışan, ilaç yasasından sorumlu kişilere bağlıdır.

Kordon kanınızın dondurularak saklanması durumunda, her halükarda sizin ve çocuğunuzun olası enfeksiyon serolojik ardıl testleri için referans örnekler tutulur.

Kök hücre nakli hastaya enfeksiyon ve genetik hastalık bulaştırma riski taşır. Bu nedenle bağışınız ancak tüm testlerden olumlu sonuçlar aldıktan sonra nakil merkezlerine ve dünyanın her yerindeki hastalara sunulur. Bağış ile ilgili şimdi veya daha sonra kordon kanı bağışının kalitesini etkileyebilecek nedenlerin ortaya çıkması durumunda (ör. HIV gibi bulaşıcı hastalıklar, kanser, sizin ve/veya çocuğunuzun hematopoetik sisteminin ciddi şekilde bozulması, genetik hastalıklar) lütfen derhal DKMS SCB ile iletişime geçin. Tüm bilgilerin gizli kalacağını ve bağışın güvenli iptal sürecinin ardından kullanılmayacağını onaylarız.

Kordon kanı bağışınızın bir hasta için talep edilmesi durumunda, DKMS SCB çocuğunuzun sağlık geçmişi hakkında bilgi almak için sizinle telefonla irtibata geçecektir. Bu, bağış esnasında tespit edilemeyen hastalıkları belirlemek için gereklidir. Hastayı tedavi eden klinik ancak ilgili tüm bilgileri edindikten sonra kordon kanı bağışı için kesin bir karara varır.

Kordon kanı bağışı ile ilgili kararınız gönüllüdür ve bağış ücretsiz gerçekleşmektedir. Bağışa karşı çıkmanız durumunda herhangi bir dezavantajınız olmaz. Sizin için herhangi bir masraf doğmaz. DKMS SCB'ye kordon kanı bağışlama rızanızı istediğiniz zaman ve neden belirtmeksizin iptal edebilirsiniz. Bu durumda DKMS SCB'ye yaptığınız bağış imha edilecektir.

Verdiğimiz bu bilgilerle sizi kordon kanı bağışı hakkında bilgilendirdiğimizi umuyoruz. Sorularınız olması durumunda lütfen çekinmeden bizimle veya bizimle çalışan bir klinikle irtibata geçin.

DKMS SCB çalışanları size yardımcı olmaktan memnuniyet duyar:

Telefon: 0351/250 966 0

E-posta: office@dkms-stemcellbank.de