



Maternal Hospital ID Label

**脐带血医疗病史/
健康评估问卷**

OTT BRM EDM VAN

日期: 年 / 月 / 日	电话商谈 <input type="checkbox"/> (如适用)
第二阶段同意存档 <input type="checkbox"/>	

* 必填

基本资料			
* 姓氏 如政府核发身份证件所示			
* 名字 如政府核发身份证件所示			
* 出生日期	年 / 月 / 日	* 电话号码	()
电子邮件 (如适用)		移动电话号码 (如适用)	() <input type="checkbox"/> 同上

*家庭地址 街道名称, 门牌号):		
*城市:	*省份	*邮政编码
医生/助产士姓名 (如适用):	医生/助产士电话号码 (如适用):	
家庭医生姓名 (如适用):	家庭医生电话号码 (如适用):	
资料更改: <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 地址 <input type="checkbox"/> 电话号码 <input type="checkbox"/> 邮政代码		

捐献历史		
您是否曾使用您的现用名或其他姓名在加拿大血液服务中心 (Canadian Blood Services) 或魁北克血库 (HemaQuebec) 捐献或试图捐献血液、血液制品、干细胞或脐带血? <input type="checkbox"/> CBS <input type="checkbox"/> HQ	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否曾在加拿大血液服务中心 (Canadian Blood Services) 或魁北克血库 HemaQuebec) 捐献血液、干细胞或脐带血时由于任何原因遭遇推延或拒绝?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

Restricted

Page 1 of 11

CBU Unique ID

F800742 (Revision 3)
Legacy # F800822SCH



Maternal Hospital ID Label

**脐带血医疗病史/
健康评估问卷**

请在下方勾选 (√) 能够最准确地描述婴儿的母亲、父亲和祖父母的选项，如知悉。

	母亲	外祖母	外祖父		父亲	祖母	祖父
Arab 阿拉伯人							
Asian-Central 亚洲人-中亚							
Asian-North 亚洲人-北亚							
Asian-Northeast 亚洲人-东北亚							
Asian-South 亚洲人-南亚							
Asian-Southeast 亚洲人-东南亚							
Black-African 黑人-非洲							
Black-Caribbean 黑人-加勒比地区							
Black-Other 黑人-其他							
Caucasian/White 高加索人种/白人							
Chinese 华人							
Filipino 菲律宾人							
First Nations 第一民族							
Hispanic 拉丁裔							
Inuit 因纽特人							
Jewish-Ashkenazi 犹太人-阿什肯纳兹							
Jewish-Sephardic 犹太人-赛法迪							
Metis 梅蒂人							
Pacific Islander 太平洋岛民							
Multiple Ethnicity 混血							
Unknown 未知							

CBU Unique ID



Maternal Hospital ID Label

**脐带血医疗病史/
健康评估问卷**

怀孕史			
1.	是否借助他人捐赠的精子、卵子或通过代孕方式而受精怀孕?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2.	此次怀孕或之前任何一次怀孕是否曾出现并发症?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3.	此次怀孕您是否出现过任何感染, 包括细菌、真菌或病毒感染?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4.	在怀孕期间, 您是否被诊断感染了西尼罗河病毒或对西尼罗河病毒测试呈阳性反应?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5.	您的产前测试(如羊膜穿刺术、验血或超声波)是否呈现任何异常反应?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6.	您是否患有 1 型糖尿病?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
7.	在 2007 年 1 月 1 日之前您是否每天使用胰岛素至少达 6 个月的时间?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
8.	除了维生素和铁质补充剂以外, 您在分娩前的 7 天内是否服用过任何药物?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
9.	您患有任何危及生命的过敏症吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
母亲病史			
10.	过去 14 天中您是否被测试为 COVID-19 呈阳性?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
11.	过去 12 个月中您是否出现任何健康问题或接受过任何医疗检查?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
12.	过去 6 个月中您是否曾接受过输血, 或包括治疗 Rh 血液因子不合症药物在内的任何其他血液制品或成分?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
13.	您是否曾服用过脑下垂体生长激素?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
14.	过去 12 个月期间您是否接种过狂犬病疫苗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
15.	过去 6 个月间您是否曾被动物咬伤并接受狂犬病治疗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
16.	过去 3 个月间您是否注射过任何针剂或疫苗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
17.	您是否曾罹患任何类型的癌症, 包括白血病、淋巴瘤或黑色素瘤?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
18.	您是否曾因诸如血友病之类的出血疾病采用凝血因子浓缩剂进行治疗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

Restricted

Page 3 of 11

CBU Unique ID

**F800742 (Revision 3)
Legacy # F800822SCH**



Maternal Hospital ID Label

**脐带血医疗病史/
健康评估问卷**

19.	您是否曾患有黄疸、肝脏疾病或病毒性肝炎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
20.	您是否曾接受过硬脑膜移植？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
21.	您或您的任何直系血亲（父母、兄弟姐妹）、孩子的父亲或孩子的任何其他亲属是否曾被诊断患有克雅二氏症（CJD）、变种克雅二氏症或其他病因不明的神经疾病？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
22.	您是否曾接受过其他人的移植或组织移植，例如器官、骨髓、干细胞、角膜、骨头或各类组织？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
23.	您是否曾接受过移植或其他医疗程序并在过程中接触到来自动物的活细胞、组织或器官？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
24.	您是否曾与在接受移植或其他医疗程序的过程中接触了动物活细胞、组织或器官之人士共同生活过或与其发生过性接触？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
25.	您是否曾患有寄生虫导致的血液病（如利什曼病、巴贝斯虫症或查加斯病）或对包括筛查检测在内的查加斯病或克氏锥虫测试呈阳性反应？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
26.	您是否曾感染疟疾？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
27.	您是否曾在分娩前的 21 天内前往加拿大、美国本土或欧洲以外的地区旅行？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
28.	过去 3 年间您是否曾前往加拿大以外的国家（不含美国）居住或旅行？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

CBU Unique ID



Maternal Hospital ID Label

**脐带血医疗病史/
健康评估问卷**

母亲的旅行纪录			
问题 29-33 参考列表：变种克雅二氏症高危国家			
<input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚	<input type="checkbox"/> 芬兰	<input type="checkbox"/> 卢森堡	<input type="checkbox"/> 斯洛伐克
<input type="checkbox"/> 奥地利	<input type="checkbox"/> 法国	<input type="checkbox"/> 马其顿	<input type="checkbox"/> 斯洛文尼亚
<input type="checkbox"/> 比利时	<input type="checkbox"/> 德国	<input type="checkbox"/> 荷兰	<input type="checkbox"/> 西班牙
<input type="checkbox"/> 波斯尼亚-黑塞哥维那	<input type="checkbox"/> 希腊	<input type="checkbox"/> 挪威	<input type="checkbox"/> 瑞典
<input type="checkbox"/> 保加利亚	<input type="checkbox"/> 匈牙利	<input type="checkbox"/> 波兰	<input type="checkbox"/> 瑞士
<input type="checkbox"/> 克罗地亚	<input type="checkbox"/> 爱尔兰共和国	<input type="checkbox"/> 葡萄牙	<input type="checkbox"/> 土耳其
<input type="checkbox"/> 捷克	<input type="checkbox"/> 意大利	<input type="checkbox"/> 罗马尼亚	<input type="checkbox"/> 南斯拉夫：科索沃、黑山、塞爾維亞
<input type="checkbox"/> 丹麦	<input type="checkbox"/> 列支敦斯登	<input type="checkbox"/> 圣马力诺	
		<input type="checkbox"/> 沙特阿拉伯	
<input type="checkbox"/> 英国：英格兰、北爱尔兰、苏格兰、威尔士、曼岛、海峡群岛、直布罗陀、或福克兰群岛			
29.	自 1980 年起，您是否曾前往任何变种克雅二氏症（vCJD）的流行国家或在当地居住？如没有，请继续回答问题 34。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
30.	1980 至 1996 年间，您是否曾在英国或法国逗留累计达 3 个月或以上？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
31.	1980 年 1 月 1 日至 1996 年 12 月 31 日期间，您是否曾在沙特阿拉伯逗留总计 6 个月或以上？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
32.	自 1980 年起，您在英国或法国或欧洲其他地区停留期间是否曾接受过输血或血制品？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
33.	自 1980 年起，您是否曾在任何变种克雅二氏症（vCJD）的高危国家逗留累计达 5 年或以上（包括 1980-1996 年间在英国的停留时间）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
家族病史			
34.	您和婴儿的父亲是兄弟姐妹或堂（表）兄弟姐妹吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
35.	您和 / 或婴儿的父亲在出生或幼儿时期是被领养的吗？若回答“是”，请说明 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 双方均是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
婴儿捐献者的直系血亲（生母、生父、兄弟姐妹）是否存在下列疾病的已知家族病史：			
36.	紅血球疾病 <input type="checkbox"/> 婴儿的母亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的父亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 婴儿的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 婴儿的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
37.	白血球疾病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否



Maternal Hospital ID Label

**脐带血医疗病史/
健康评估问卷**

	<input type="checkbox"/> 婴儿的母亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的父亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 婴儿的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 婴儿的祖父母		
38.	血小板疾病 <input type="checkbox"/> 婴儿的母亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的父亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 婴儿的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 婴儿的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
39.	代谢疾病 / 溶小体储积症 <input type="checkbox"/> 婴儿的母亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的父亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 婴儿的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 婴儿的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
40.	先天性免疫失调 (免疫缺陷) <input type="checkbox"/> 婴儿的母亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的父亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 婴儿的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 婴儿的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
41.	获得性免疫失调 <input type="checkbox"/> 婴儿的母亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的父亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 婴儿的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 婴儿的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
42.	恶性血液疾病 <input type="checkbox"/> 婴儿的母亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的父亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 婴儿的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 婴儿的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
43.	其他癌症 <input type="checkbox"/> 婴儿的母亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的父亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 婴儿的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 婴儿的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
44.	其他血液疾病或医疗病症 <input type="checkbox"/> 婴儿的母亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的父亲 <input type="checkbox"/> 婴儿的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 婴儿的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 婴儿的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否



Maternal Hospital ID Label

**脐带血医疗病史/
健康评估问卷**

母亲社会活动纪录

45.	在过去 6 周内，您是否与确诊某种传染病（如猴痘、COVID-19）或者有其症状的人有过接触，如与其同住或对其照顾？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
46.	过去 12 周内，您是否与接种过天花疫苗的人士有过接触？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
47.	过去 6 个月中，您是否进行过刺青、耳朵或身体穿孔、针灸、电流除毛 / 痣或任何使用针头的操作？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
48.	过去 6 个月中，您是否曾被针刺伤，抑或通过未愈合的伤口、有破损的皮肤或黏膜接触过他人的血液？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
49.	过去 12 个月中，您是否曾感染了任何性传染病（包括梅毒或淋病）或对其接受过治疗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
50.	过去 12 个月中，您是否曾与任何在过去 12 个月中通过性行为换取或为此支付金钱或毒品的人士有过性关系？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
51.	过去 12 个月中，您是否曾与患有临床活性病毒性肝炎或黄疸的人士有过亲密接触（如居住于同一起居空间内或共享厨房和卫生间设施）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
52.	过去 12 个月中，您是否与任何在过去 12 个月中曾使用针头注射过毒品、类固醇或其他任何未经医生开具的药品之人士发生过性行为（即使只有一次）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
53.	过去 6 个月中，您是否曾因为非医疗原因而使用过鼻内药物？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
54.	过去 12 个月中，您是否和过去 12 个月间 曾与另一位男性有过至少一次性行为的男性发生了性关系？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
55.	过去 12 个月中，您是否曾与任何因出血问题（如血友病）而使用了从人体提取的凝血因子之人士发生过性行为（即使只有一次）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
56.	过去 12 个月中，您是否曾与 HIV 病毒携带者或疑似携带者、艾滋病毒测试呈阳性者、临床上携带有活性乙肝病毒或丙肝病毒或者曾被诊断携带有乙肝或丙肝病毒的人士发生过性行为（即使只有一次）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
57.	过去 12 个月中，您是否曾在青少年感化管教机构、监狱或看守所中 连续逗留了 72 小时以上 ？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否



Maternal Hospital ID Label

脐带血医疗病史/
健康评估问卷

58.	过去 12 个月中，您是否通过性行为换取或为此支付了金钱或毒品？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
59.	过去 12 个月中，您是否曾使用针头注射过毒品、类固醇或其他任何并非由医生向您开具的药品（即使只有一次）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
60.	您是否患有艾滋病或曾经对 HIV 病毒或艾滋病检测呈阳性反应（包括筛查检测）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
61.	您是否曾对人类嗜 T 淋巴细胞病毒（HTLV）测试（包括筛查检测）呈阳性反应或者曾出现不明原因的下肢瘫痪（影响下肢的部分性瘫痪）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否



Maternal Hospital ID Label

脐带血医疗病史/
健康评估问卷

Completed By:

RN Signature:	
Date:	YYYY / MM / DD

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

--

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

--



**脐带血医疗病史/
健康评估问卷**

Maternal Hospital ID Label

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"/>
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		

CBU Unique ID



脐带血医疗病史/
健康评估问卷

Maternal Hospital ID Label

Date: YYYY / MM / DD	RN Signature:
2 nd RN Reviewer/Initials: _____	Date: YYYY / MM / DD
DEV# (if applicable):	

CBU Unique ID
