



臍帶血醫療病史/ 健康評估問卷

Maternal Hospital ID Label

OTT BRM EDM VAN

日期： 年 / 月 / 日	電話商談 <input type="checkbox"/> (如適用)
第二階段同意存檔 <input type="checkbox"/>	

* 必填

基本資料			
* 姓氏 如政府核發身份證件所示			
* 名字 如政府核發身份證件所示			
* 出生日期 年 / 月 / 日	* 電話號碼 ()		
電子郵件 (如適用)	行動電話號碼 (如適用)	() <input type="checkbox"/> 同上	

*家庭地址 (街道名稱, 門牌號) :		
*城市 :	*省份	*郵政編號
醫生/助產士姓名 (如適用) :	醫生/助產士電話號碼 (如適用) :	
家庭醫生姓名 (如適用) :	家庭醫生電話號碼 (如適用) :	
資料更改： <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 地址 <input type="checkbox"/> 電話號碼 <input type="checkbox"/> 郵政代碼		

捐獻歷史		
您是否曾使用您的現用名或其他姓名在加拿大血液服務中心 (Canadian Blood Services) 或魁北克血庫 (HemaQuebec) 捐獻或試圖捐獻血液、血液製品、幹細胞或臍帶血? <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務中心 (Canadian Blood Services) 或魁北克血庫 (HemaQuebec) 捐獻血液、幹細胞或臍帶血時由於任何原因遭遇推延或拒絕?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

CBU Unique ID



**臍帶血醫療病史/
健康評估問卷**

Maternal Hospital ID Label

請在下方勾選 (✓) 能夠最準確地描述嬰兒的母親、父親和祖父母的選項，如知悉。

	母親	外祖母	外祖父	父親	祖母	祖父
Arab 阿拉伯人						
Asian-Central 亞洲人-中亞						
Asian-North 亞洲人-北亞						
Asian-Northeast 亞洲人-東北亞						
Asian-South 亞洲人-南亞						
Asian-Southeast 亞洲人-東南亞						
Black-African 黑人-非洲						
Black-Caribbean 黑人-加勒比地區						
Black-Other 黑人-其他						
Caucasian/White 高加索人種/白人						
Chinese 華人						
Filipino 菲律賓人						
First Nations 第一民族						
Hispanic 拉丁裔						
Inuit 因紐特人						
Jewish-Ashkenazi 猶太人-阿什肯納茲						
Jewish-Sephardic 猶太人-賽法迪						
Metis 梅蒂人						
Pacific Islander 太平洋島民						
Multiple Ethnicity 混血						
Unknown 未知						

CBU Unique ID



臍帶血醫療病史/ 健康評估問卷

Maternal Hospital ID Label

懷孕史			
1.	是否藉助他人捐贈的精子、卵子或通過代孕方式而受精懷孕？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2.	此次懷孕或之前任何一次懷孕是否曾出現併發症？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3.	此次懷孕您是否出現過任何感染，包括細菌、真菌或病毒感染？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4.	在懷孕期間，您是否被診斷感染了西尼羅河病毒或對西尼羅河病毒測試呈陽性反應？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5.	您的產前測試（如羊膜穿刺術、驗血或超聲波）是否呈現任何異常反應？	<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島素至少達 6 個月的時間？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
8.	除了維他命和鐵質補充劑以外，您在分娩前的 7 天內是否服用過任何藥物？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
9.	您患有任何危及生命的過敏症嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
母親病史			
10.	過去 14 天中您是否被測試為 COVID-19 呈陽性？		
11.	過去 12 個月中您是否出現任何健康問題或接受過任何醫療檢查？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
12.	過去 6 個月中您是否曾接受過輸血，或包括治療 Rh 血液因數不合症藥物在內的其他血液製品或成分？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
13.	您是否曾服用過腦下垂體生長激素？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
14.	過去 12 個月期間您是否接種過狂犬病疫苗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
15.	過去 6 個月間您是否曾被動物咬傷並接受狂犬病治療？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
16.	過去 3 個月間您是否注射過任何針劑或疫苗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
17.	您是否曾罹患任何類型的癌症，包括白血病、淋巴瘤或黑色素瘤？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否



臍帶血醫療病史/ 健康評估問卷

Maternal Hospital ID Label

18.	您是否曾因諸如血友病之類的出血疾病採用凝血因子濃縮劑進行治療？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
19.	您是否曾患有黃疸、肝臟疾病或病毒性肝炎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
20.	您是否曾接受過硬腦膜移植？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
21.	您或您的任何直系血親（父母、兄弟姐妹）、孩子的父親或孩子的任何其他親屬是否曾被診斷患有克雅二氏症（CJD）、變種克雅二氏症或其他病因不明的神經疾病？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
22.	您是否曾接受過其他人的移植或組織移植，例如器官、骨髓、幹細胞、角膜、骨頭或各類組織？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
23.	您是否曾接受過移植或其他醫療程序并在過程中接觸到來自動物的活細胞、組織或器官？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
24.	您是否曾與在接受移植或其他醫療程序的過程中接觸了動物活細胞、組織或器官之人士共同生活過或與其發生過性接觸？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
25.	您是否曾患有寄生蟲導致的血液病（如利什曼病、巴貝斯蟲症或查加斯病）或對包括篩查檢測在內的查加斯病或克氏錐蟲測試呈陽性反應？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
26.	您是否曾感染瘧疾？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
27.	您是否曾在分娩前的 21 天內前往加拿大、美國本土或歐洲以外的地區旅行？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
28.	過去 3 年間您是否曾前往加拿大以外的國家（不含美國）居住或旅行？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

CBU Unique ID



**臍帶血醫療病史/
健康評估問卷**

Maternal Hospital ID Label

母親的旅行紀錄			
問題 29-33 參考列表：變種克雅二氏症高危國家			
<input type="checkbox"/> 阿爾巴尼亞	<input type="checkbox"/> 芬蘭	<input type="checkbox"/> 盧森堡	<input type="checkbox"/> 斯洛伐克
<input type="checkbox"/> 奧地利	<input type="checkbox"/> 法國	<input type="checkbox"/> 馬其頓	<input type="checkbox"/> 斯洛文尼亞
<input type="checkbox"/> 比利時	<input type="checkbox"/> 德國	<input type="checkbox"/> 荷蘭	<input type="checkbox"/> 西班牙
<input type="checkbox"/> 波士尼亞與赫塞哥維納	<input type="checkbox"/> 希臘	<input type="checkbox"/> 挪威	<input type="checkbox"/> 瑞典
<input type="checkbox"/> 保加利亞	<input type="checkbox"/> 匈牙利	<input type="checkbox"/> 波蘭	<input type="checkbox"/> 瑞士
<input type="checkbox"/> 克羅埃西亞	<input type="checkbox"/> 愛爾蘭共和國	<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"/> 羅馬尼亞	<input type="checkbox"/> 南斯拉夫：科索沃、黑山、塞爾維亞
<input type="checkbox"/> 丹麥	<input type="checkbox"/> 列支敦斯登	<input type="checkbox"/> 聖馬力諾	
		<input type="checkbox"/> 沙烏地阿拉伯	
<input type="checkbox"/> 英國：英格蘭、北愛爾蘭、蘇格蘭、威爾士、曼島、海峽群島、直布羅陀、或福克蘭群島			
29.	自 1980 年起 ，您是否曾前往任何變種克雅二氏症 (vCJD) 的流行國家或在當地居住？如沒有，請繼續回答問題 34。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
30.	1980 至 1996 年間 ，您是否曾在英國或法國逗留 累計達 3 個月或以上 ？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
31.	1980 年 1 月 1 日至 1996 年 12 月 31 日期間，您是否曾在沙特阿拉伯逗留總計 6 個月或以上 ？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
32.	自 1980 年起 ，您在英國或法國或歐洲其他地區停留期間是否曾接受過輸血或血製品？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
33.	自 1980 年起 ，您是否曾在任何變種克雅二氏症 (vCJD) 的高危國家逗留 累計達 5 年或以上 （包括 1980-1996 年間在英國的停留時間）？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

CBU Unique ID



臍帶血醫療病史/ 健康評估問卷

Maternal Hospital ID Label

家族病史			
34.	您和嬰兒的父親是兄弟姐妹或堂（表）兄弟姐妹嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
35.	您和/或嬰兒的父親在出生或幼兒時期是被領養的嗎？若回答“是”，請說明 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 雙方均是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
嬰兒捐獻者的直系血親（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"/> 嬰兒的母親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的父親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 嬰兒的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 嬰兒的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
37.	白血球疾病 <input type="checkbox"/> 嬰兒的母親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的父親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 嬰兒的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 嬰兒的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
38.	血小板疾病 <input type="checkbox"/> 嬰兒的母親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的父親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 嬰兒的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 嬰兒的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
39.	代謝疾病/溶小體儲積症 <input type="checkbox"/> 嬰兒的母親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的父親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 嬰兒的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 嬰兒的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
40.	先天性免疫失調（免疫缺陷） <input type="checkbox"/> 嬰兒的母親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的父親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 嬰兒的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 嬰兒的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
41.	獲得性免疫失調 <input type="checkbox"/> 嬰兒的母親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的父親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 嬰兒的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 嬰兒的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
42.	惡性血液疾病 <input type="checkbox"/> 嬰兒的母親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的父親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 嬰兒的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 嬰兒的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
43.	其他癌症 <input type="checkbox"/> 嬰兒的母親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的父親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 嬰兒的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 嬰兒的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
44.	其他血液疾病或醫療病症 <input type="checkbox"/> 嬰兒的母親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的父親 <input type="checkbox"/> 嬰兒的兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 嬰兒的阿姨/叔叔 <input type="checkbox"/> 嬰兒的祖父母	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
母親社會活動紀錄			
45.	在過去 6 周內，您是否與確診某種傳染病（如猴痘、COVID-19）或者有其癥狀的人有過接觸，如與其同住或對其照顧？		
46.	過去 12 周內，您是否與接種過天花疫苗的人士有過接觸？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否



臍帶血醫療病史/ 健康評估問卷

Maternal Hospital ID Label

47.	過去 6 個月中，您是否進行過刺青、耳朵或身體穿孔、針灸、電流除毛 / 痣或任何使用針頭的操作？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
48.	過去 6 個月中，您是否曾被針刺傷，抑或通過未愈合的傷口、有破損的皮膚或黏膜接觸過他人的血液？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
49.	過去 12 個月中，您是否曾感染了 任何 性傳染病（包括梅毒或淋病）或對其接受過治療？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
50.	過去 12 個月中，您是否曾與任何在 過去 12 個月中 通過性行為換取或為此支付金錢或毒品的人士有過性關係？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
51.	過去 12 個月中，您是否曾與患有臨床活性病毒性肝炎或黃疸的人士有過親密接觸（如居住於同一起居空間內或共用廚房和衛生間設施）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
52.	過去 12 個月中，您是否與任何在 過去 12 個月中 曾使用針頭注射過毒品、類固醇或其他任何未經醫生開具的藥品之人士發生過性行為（即使只有一次）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
53.	過去 6 個月中，您是否曾因為非醫療原因而使用過鼻內藥物？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
54.	過去 12 個月中，您是否和 過去 12 個月間 曾與另一位男性有過至少一次性行為的男性發生了性關係？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
55.	過去 12 個月中，您是否曾與任何因出血問題（如血友病）而使用了從人體提取的凝血因子之人士發生過性行為（即使只有一次）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
56.	過去 12 個月中，您是否曾與 HIV 病毒攜帶者或疑似攜帶者、艾滋病毒測試呈陽性者、臨床上攜帶有活性乙肝病毒或丙肝病毒或者曾被診斷攜帶有乙肝或丙肝病毒的人士發生過性行為（即使只有一次）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
57.	過去 12 個月中，您是否曾在青少年感化管教機構、監獄或看守所中 連續逗留了 72 小時以上 ？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
58.	過去 12 個月中 ，您是否通過性行為換取或為此支付了金錢或毒品？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
59.	過去 12 個月中 ，您是否曾使用針頭注射過毒品、類固醇或其他任何並非由醫生向您開具的藥品（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經對 HIV 病毒或艾滋病檢測呈陽性反應（包括篩查檢測）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
61.	您是否曾對人類嗜 T 淋巴細胞病毒（HTLV）測試（包括篩查檢測）呈陽性反應或者曾出現不明原因的下肢癱瘓（影響下肢的部分性癱瘓）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否



臍帶血醫療病史/ 健康評估問卷

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.

--

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

--

Section 3: Medical Consult Required (if applicable)



**臍帶血醫療病史/
健康評估問卷**

Maternal Hospital ID Label

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		
Date: YYYY / MM / DD	RN Signature:	

CBU Unique ID



**臍帶血醫療病史/
健康評估問卷**

Maternal Hospital ID Label

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

CBU Unique ID