

ViaCord 血緣關係計劃服務協議



ViaCord's Newborn Stem Cell Donor Program

祝賀您

選擇在 ViaCord 保存您子女的 新生幹細胞!

為完成此流程，請列印第 11 頁的簽字頁面，並在上面簽字和簽署日期，盡快寄返此服務協議的所有頁面。請隨附一份已簽名並簽署日期的完整健康史問卷之副本。

您可透過傳真、郵政信件或電郵返回本文件。

選擇 1： 透過傳真將填寫完畢的表格發送至：781-663-8099（使用本包裹中的傳真封面頁）

選擇 2： 透過郵件將填寫完畢的表格發送至：
ViaCord
收信人：血緣關係
940 Winter St.
Waltham, MA 02451

選擇 3： 透過電郵將填寫完畢的表格發送至：siblingconnection@viacord.com

ViaCord 血緣關係計劃服務協議

傳真封面頁

收信人：	ViaCord，收信人：血緣關係
電話：	1-866-861-8435 或 1-800-998-4226
傳真：	781-663-8099
發信人：	
發信人電話：	
發信人傳真：	
日期：	
含封面在內的頁數：	
評論：	

本傳真包含僅供以上指定收信人使用的保密資訊。特此通知，如果您並非指定的收信人，嚴禁對此傳真進行任何的傳播或複製。如果您錯誤地收到此傳真，請立即致電(866) 861-8435 或(800) 998-4226 通知發送傳真的機構，並透過美國郵政將傳真原件退回至發送傳真的**ViaCord 機構，收信人： Sibling Connection, 940 Winter St., Waltham, MA 02451**。披露此資訊的記錄之保密性受到各州及聯邦法律的保護。禁止未經相關人士事先書面同意，進一步披露此資訊。

ViaCord 血緣關係計劃服務協議



引言

本協議由 ViaCord, LLC 與您訂立。ViaCord 服務涵蓋臍帶血幹細胞的採集、處理和貯存。

本協議涵蓋對您子女娩出後的臍帶內的臍帶血幹細胞進行採集材料以及檢驗、處理、冷藏、貯存及可能的交付。

關鍵術語

以下術語在本協議通篇使用：

- **協議**指的是本《ViaCord 服務協議》。
- **ViaCord** 指的是 ViaCord, LLC。
- **家長**指的是作為本協議一方的您。
- **服務**指的是新生幹細胞的檢驗、處理、冷藏及貯存。
- **新生幹細胞**指的是在正在娩出之子女臍帶內發現的臍帶血幹細胞。
- **子女**指的是正在娩出且其新生幹細胞受本協議約束的嬰兒。
- **雙方**指的是作為家長的您與 ViaCord。
- **VPL** 指的是 ViaCord 處理實驗室。
- **採集工具**指的是容納採集與運輸新生幹細胞必需的材料容器。
- **同胞兄弟姐妹**指的是與姐妹或兄弟具有相同親生家長的兒童。
- **血緣關係計劃**指的是 ViaCord 為家庭設立的直接捐獻計劃（無論其經濟條件如何）。
- **期限**指的是從兒童出生開始到出生後第五天之間的時間。

家長的責任

本人承認並同意，本人負責以下事項：

在重要之日之前

- 確認同胞兄弟姐妹的條件滿足合格診斷的要求。合格診斷清單請見 ViaCord 網站 <http://www.viacord.com/about/giving-back/sibling-connection-program/>。
- 授權同胞兄弟姐妹的主治醫生可在醫學轉介表上提供相關的醫學資訊，以便他/她有資格在醫療轉診表上登記，參加血緣關係計劃。
- 寄返填寫完畢的醫療轉診表，此表格由具有合格條件的同胞兄弟姐妹的主治醫生填寫。
- 閱讀、填寫並簽署本協議，並儘快將其寄回給 ViaCord，聯絡方式為：**ViaCord 收信人：客戶服務部 (Customer Service)**，地址：**940 Winter St., Waltham, MA 02451**，或傳真：**781-663-8099**，或電郵：**csr@viacord.com**。
- 閱讀、填寫並簽署健康史問卷並在分娩之前寄回給 ViaCord。健康史問卷是 ViaCord 依法律要求存檔的重要文件，用於在需要用新生幹細胞進行治療時的可能交付。
- 檢查採集工具上的到期日期。如果採集工具已經過期或可能在您的分娩日期之前過期，請致電 ViaCord，撥打電話 **800-998-4226**，申請新的採集工具並獲得歸還過期工具的指示。
- 將採集工具與您的待產包一起放在涼爽、乾燥的地方。

分娩前

- 為了子女同胞兄弟姐妹的福利，告知醫師／助產士採集新生幹細胞的計劃。
- 在分娩當日將採集工具帶到醫院。

ViaCord 血緣關係計劃服務協議

- 將採集工具交給本人的醫師／助產士。
- 告知本人的分娩人員將需要採集臍帶血。
- 告知分娩人員需要取出母體外周血樣本並放入採集工具內。
- 如果本人的分娩人員變更，本人將告知新人員新生幹細胞的採集。

分娩後

- 在完成新生幹細胞及母體外周血樣本的採集之後，按照採集工具內的指示，檢查臍帶血袋以及 3 瓶母體外周血是否出現洩漏或其他缺陷。
- 在採集新生幹細胞後兩 (2) 小時內聯絡 ViaCord，以便 ViaCord 安排將採集工具運送至 VPL。此舉將確保最佳細胞恢復與活性。
- 在本人與 ViaCord 客戶服務部通話（大約歷時 5 至 10 分鐘）期間，本人同意在密封之前檢查採集工具內的內容並回答任何與健康史問卷相關的後續問題。
- 在室溫下存放採集工具並放在本人旁邊直到醫療專遞到來。
- 在本協議有效期內告知 ViaCord 本人的聯絡方式或付款資訊發生的任何變更。
- 告知 ViaCord 與子女或同胞兄弟姐妹相關的任何健康資訊。

ViaCord 的責任

ViaCord 對以下事項負責：

- 閱讀同胞兄弟姐妹的醫療轉診表，確認子女在血緣關係計劃中的合格性。
- 在接受血緣關係計劃時為您提供您在分娩當天需攜帶的採集工具並在採集工具內放入為將進行新生幹細胞採集的醫師／助產士提供的指示材料。
- 在您的子女娩出以及新生幹細胞及母體外周血樣本採集之後，一經接到您的電話立即安排醫療專遞將採集工具運送至 VPL。

採集工具的運送

- 任何專遞服務均無法保證採集工具到達 VPL 的運送途中不會出現延誤、丟失或受損等情況，但是，與 ViaCord 簽約的醫療專遞是針對需要即時週轉與專業處理移植器官與血液產品之行業的運輸服務提供商。
- 運輸服務提供商利用本地專遞，透過以下運輸方式盡可能安全且快速地將您的採集工具運送至 VPL：私人噴氣分機、地面運輸和商業航空公司。
- 專遞服務和 ViaCord 均無法保證採集工具在到達 VPL 的運輸途中不會出現延誤、丟失或受損等情況。此外，ViaCord 對因任何運輸問題導致無法保存新生幹細胞的情況概不承擔責任。
- ViaCord 不為新生幹細胞在送往 VPL 的運輸途中或此後任何時間針對丟失風險或損害投保。如果您希望獲得此等保險，您必須另行購買，費用由您自行承擔。
- 依據法律對母體外周血樣本進行某些傳染病的檢驗，包括但不限於人體免疫缺陷病毒 (HIV) 1 型與 2 型、乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、人嗜 T 淋巴細胞病毒 (HTLV) I 型與 II 型、巨細胞病毒 (CMV)、梅毒，以及任何其他相關感染性疾病。
- VPL 的實驗室專家將檢驗本人子女的新生幹細胞的小樣本，以明確幹細胞的特徵，例如：依據法律，確定已經採集的有核細胞總數 (TNC)；進行細胞活性、CD34+ 數量以及微生物培養，以檢驗細菌與真菌元素，從而確定新生幹細胞的品質。
- 依據法律，在安全的地方處理、檢驗、冷藏與貯存新生幹細胞。
- 一旦新生幹細胞已得到成功處理並貯存，ViaCord 將向您發送一份貯存證書及結果函，結果函包括為臍帶血幹細胞採集的 TNC 數量。
- 家長在子女出生後免費將新生幹細胞貯存五年。

ViaCord 如何與您溝通

ViaCord 為與其客戶建立有力的關係感到自豪。

ViaCord 血緣關係計劃服務協議

爲了保持這種關係，ViaCord 可能就您的服務以及與新研究和治療相關的更新與您進行溝通。ViaCord 使用多種溝通方式，例如：

電話
郵政信件
傳真
電郵
簡訊；標準短訊費率可能適用。

爲了能使 ViaCord 進行最有效的溝通，請確保您的資訊是最新的。如果您的資訊發生改變，請聯絡客戶服務部，電話為**(866) 861-8435** 或 **800-998-4226**。

家長知情同意書

請注意：21 歲以下的家長須填寫並寄返附加表格。

本人選擇私下在 ViaCord 保存本人子女的新生幹細胞；本人已閱讀並瞭解上述本人的責任及 ViaCord 的責任，本人茲授權本人的醫師／助產士在分娩之後採集本人子女的新生幹細胞並授權 ViaCord 處理及貯存本人子女的新生幹細胞。本人已年滿 21 歲，且本人有能力依法與 ViaCord 訂立合同。以下為本人需要審核並瞭解的在採集、處理及貯存新生幹細胞過程中涉及到的關於風險與益處的重要資訊。

本人瞭解，本人擁有以下關於本人子女的新生幹細胞的選擇：

- 1) 丟棄新生幹細胞為醫療垃圾。
- 2) 將本人子女的臍帶血捐贈予公共庫（若有）。
- 3) 私下保存新生幹細胞。

本人瞭解，採集本人子女的新生幹細胞即有益處，又有風險。本人瞭解，新生幹細胞進行貯存，以供子女的同胞兄弟姐妹使用。本人瞭解，臍帶血細胞庫並不保證臍帶血幹細胞將適合所有治療或治療將見效，且只有醫師能夠決定何時使用臍帶血幹細胞。

● 臍帶血入庫的採集過程

臍帶血入庫的採集過程簡單、無痛，且不應妨礙分娩或隨後對本人子女的照護。該程式對子女來說是無痛且無創的。

在子女娩出之後而胎盤尚未娩出之前，醫師／助產士將使用抗菌溶液清洗臍帶四至八英寸的區域，然後把血袋針插入臍帶血管。臍帶血在重力的作用下流入血袋直至停止，在此之後，採集過程完成。血袋夾緊、打結、密封並貼上標籤。採集過程一般需要二至四分鐘。

● 準備好您子女的新生幹細胞進行貯存

在 VPL，實驗室專家處理臍帶血，準備好進行長期貯存。

在新生幹細胞處理完成後，實驗室專家將新生幹細胞轉移至便於移植的冷藏袋進行冷藏。

在此之後，冷藏袋被冷凍貯存在溫度為零下 150 攝氏度或以下的貯存冷凍櫃中——封裝在 VPL 完全不受天氣影響且嚴密保護的貯存庫裡，在這裡，貯存冷凍櫃的溫度得到持續監測，即使是最微小的變化也能發現。

ViaCord 血緣關係計劃服務協議

本人瞭解，儘管並不常見，但出生時可能發生併發症，並且執行採集的醫師/助產士可能無法採集本人子女的新生幹細胞。此外，新生幹細胞可能在採集過程中受到污染。本人和子女的健康絕對是醫師／助產士的優先事項。如果出生時出現任何併發症，執行採集的醫師／助產士可決定不採集新生幹細胞。

• 新生幹細胞的貯存適合性

一經到達 VPL，所有新生幹細胞樣本都將進行微生物污染的檢驗，微生物污染可能影響醫師將新生幹細胞用於移植或其他形式的治療的決定。ViaCord 將貯存額外的新生幹細胞樣本，以供未來可能的檢驗。本人承認並同意，由於醫師可能希望擁有試用及使用新生幹細胞的選擇，無論污染狀況如何，因此，ViaCord 將貯存全部新生幹細胞，無論是否存在微生物，且無需通知家長，除非母親及／或子女可能面臨危險及／或 ViaCord 的醫學總監確定通知是適宜的。

對於已經購買了 ViaCord 的 Newborn DNA GuardianSM 產品的父母，ViaCord 將貯存額外的乾血紙片以供日後可能進行的基因檢測。

除檢驗新生幹細胞樣本之外，還將依據聯邦法律對母體外周血樣本檢驗 HIV 或某些其他傳染性疾病。本人進一步承認並同意，由於醫師可能希望擁有試用及使用新生幹細胞的選擇，無論母體外周血樣本是否存在感染性疾病，因此，除母體外周血診斷出 HIV 呈陽性或健康史問卷調查有肯定答復的情況以外，ViaCord 將貯存全部新生幹細胞，無論母體外周血是否存在任何其他此等傳染性疾病，且無需通知家長。

由於新生幹細胞預期用於移植，家長承認並同意 ViaCord 將與母體外周血和/或新生幹細胞相關的檢驗結果和其他資訊披露給為潛在新生幹細胞移植接受者，即同胞兄弟姐妹提供護理的醫療保健提供商。家長瞭解 ViaCord 同意保護可知健康資訊對其的使用和披露僅限於此協議或法律規定的目的。此類限制在協議取消或終止之後仍然存續。

貯存新生幹細胞並不保證新生幹細胞對今後任何或全部類型的用途的適合性。新生幹細胞的交付可能因污染狀況、母體外周血樣本存在傳染性疾病或任何其他原因而被聯邦及／或州法律禁止。如果新生幹細胞可供使用，則僅 ViaCord 的醫療總監及具有資格的醫師能夠決定新生幹細胞的使用優於任何潛在醫療風險。

[註：僅限紐約州居民。紐約州衛生署要求新生幹細胞必須在採集後四十八 (48) 個小時內冷凍。如果新生幹細胞沒有在四十八個小時內冷凍，則 ViaCord 的醫療總監將需要特別授權新生幹細胞的貯存。]

本人瞭解，ViaCord 也可因以下任何原因選擇不處理及／或貯存新生幹細胞，包括但不限於：新生幹細胞數量少或重量低、採集技術不當、新生幹細胞的處理及運輸不當或不及時，或本人未能在本人分娩後兩 (2) 個小時的期間內致電 ViaCord 以獲得專遞服務。

如果 ViaCord 因任何原因決定不繼續貯存新生幹細胞，本人將被及時告知。

本人瞭解並同意，新生幹細胞的檢驗結果可能被用於品質保證用途以及分析與出版物中，但前提是檢驗結果與其他資料彙總且不包含任何識別身份的資訊。

新生幹細胞的決策權

新生幹細胞的所有權屬於法律問題，可能根據不同司法管轄區的法律決定。雖然 ViaCord 僅以服務提供商的身份行事且不保證解決所有權的法律問題，但是 ViaCord 的做法是將本人作為本人子女的法定監護人從本人處接受新生幹細胞。在不終止本協議的情況下，ViaCord 將不主張任何與新生幹細胞的處置相關的權利。

ViaCord 血緣關係計劃服務協議

作為法定監護人，本人有責任代表本人的子女行事直至其成年，而成年的定義可能因所居住的州及其他當時有效的法律及法規而異。本人瞭解，作為保存服務的服務提供商，ViaCord 將在提供保存服務的任何期間內按以下方式行事：

ViaCord 有權在處置新生幹細胞、更改聯絡方式，及／或本協議項下服務的任何其他要求等方面依賴於本人的指示。

如果本人希望向第三方轉讓本協議項下的權利與義務，包括本人的子女（如果其已成年且出於訂立合同之目的），此新的一方必須與 ViaCord 簽署新的服務協議，以確認其瞭解並同意服務的條款與條件。

本人瞭解，一旦本人將本協議項下的權利與義務轉讓予第三方，則本協議將宣告無效。

子女成年後，本人可為了子女的利益繼續支付貯存費，除非子女有相反的書面指示。

本人的子女達到成年年齡後，可主張對新生幹細胞的所有權，但必須如上所述，簽署新的服務協議。

如果本人與任何第三方（包括本人的子女）就新生幹細胞的所有權發生爭議，則 ViaCord 將繼續提供保存服務，直至 ViaCord 被出示命令所有權變更的法庭最終判決，但前提是所有款項已經且繼續支付。此時，新的所有人將有機會簽署新的服務協議，否則向 ViaCord 提供停止保存服務的指示。

只要保存服務費繼續支付，新生幹細胞將受服務協議的約束，除非有本人的相反指示或法庭最終判決。

本人瞭解，本人被允許要求新生幹細胞轉移至其他臍帶血庫，但前提是其他臍帶血庫經美國食品和藥品管理局批准接受新生幹細胞且所有州及聯邦法律均得到遵守。本人瞭解，如果本人將新生幹細胞轉移至其他合格臍帶血庫，本人承擔所有運輸費用及行政管理費用。本人瞭解，為了轉移新生幹細胞，我將需要簽署 ViaCord 的《轉移協議》。

本人瞭解，本人有權利獲得本人問題的答案並收到本份知情同意書的副本。如果本人有任何與本協議相關的問題，可以聯絡 ViaCord 客戶服務部，電話為 (866) 861-8435 或 800-998-4226。

本人瞭解，本人有權透過郵政信件、傳真或電郵向 ViaCord 發送已經簽署的撤銷信函，在採集、處理及／或貯存新生幹細胞之前取消本人對採集、處理及貯存本人子女的新生幹細胞的同意。聯絡方式為：ViaCord 收信人：客戶服務部，940 Winter St., Waltham, MA 02451 傳真：781-663-8099，或電郵：csr@viacord.com。本人瞭解，如果本人撤銷本人的同意，本人將不再有資格享受 ViaCord 的血緣關係計劃。

新生幹細胞用於治療或臨床試驗的申請

ViaCord 應存檔已經簽署的協議及母親健康史問卷才能交付新生幹細胞用於治療。如果新生幹細胞需要用於移植，ViaCord 要求至少一名家長提供一份交付新生幹細胞的授權書及知情同意書，並要求有資格執行幹細胞移植或其他治療的醫師／研究員提供一份書面申請書。新生幹細胞僅能用於子女移植治療，或在部分例外情況下一級或二級血親，例如同胞兄弟姐妹。ViaCord 的醫療總監以及主治醫師負責在交付新生幹細胞之前所申請移植治療的供體資格確定及新生幹細胞可接受性，但緊急醫療需求的情況除外，在此情況下，供體資格確定可能在交付新生幹細胞之後進行。ViaCord 僅依據聯邦及州法規交付新生幹細胞。如果新生幹細胞符合移植的要求，則 ViaCord 將把新生幹細胞運送至確定的設施。如果所有新生幹細胞都用於治療同胞兄弟姐妹，則 ViaCord 將向移植機構收取新生幹細胞相關治療費用。

ViaCord 血緣關係計劃服務協議

服務的付款

家長在血緣關係計劃持續期間將不承擔與新生幹細胞處理、採集、貯存或交付相關的任何費用

- 本人瞭解，如果本人希望在貯存新生幹細胞之後中止血緣關係計劃，則本人負責支付貯存費用。ViaCord 保證客戶的服務貯存費用自到期日起的二十五 (25) 年內不會改變。
- 本人瞭解，ViaCord 不負責向本人補償任何費用，包括本人的醫師、助產士或其他醫療專業人員對於新生幹細胞採集可能收取的費用。
- 本人瞭解，ViaCord 可以補償醫師對於新生幹細胞採集收取的費用，且本人可以詢問本人的醫師或醫療保健提供者 ViaCord 是否補償他們對於採集本人子女的新生幹細胞的費用。
- 本人承認並同意，本人負責對血緣關係計劃期外的新生幹細胞貯存服務費用最終付款，除非本人決定在子女出生第五 (5) 日之前終止協議。

ViaCord 同意接受第三方就血緣關係計劃期外新生幹細胞後續貯存代表本人支付的款項。第三方付款人對新生幹細胞不擁有任何權利，ViaCord 也不從任何第三方獲得關於新生幹細胞的指示，但已經根據本協議的適當轉讓而享有權利並承擔義務的第三方除外。

本協議的終止

本協議可透過聯絡 ViaCord 隨時取消，無論本人的子女是否仍未成年或已達到成年年齡。

- 如果本人希望中止服務且本人的賬戶信譽良好（即，賬戶有效），本人同意簽署 ViaCord 的終止協議並提供本人的身份證明。
- 如果本人希望中止服務，本人可將新生幹細胞捐贈用於 ViaCord 的研究或本人可指示 ViaCord 按照 ViaCord 的標準操作程式銷毀新生幹細胞，而標準操作程式可能允許 ViaCord 推遲對新生幹細胞的銷毀直至以後某個時候。
- 如果本人指示 ViaCord 銷毀新生幹細胞，則新生幹細胞在銷毀之前的期間內不可用於任何目的，包括但不限於任何治療或研究目的。

如果本人希望將新生幹細胞轉移至其他合適的實體（例如，臍帶血庫）且本人的賬戶信譽良好（即，賬戶有效），則本人同意書面通知 ViaCord 客戶服務部本人的轉移申請。

- 收到此申請後，ViaCord 將向本人告知所有轉移要求。
- 若本人決定在血緣關係計劃期間轉移新生幹細胞，則 ViaCord 可能會收取新生肝細胞的採集、處理和貯存費用。

交付、責任限制及賠償

本人瞭解，ViaCord 未對採集、運送、檢驗、處理、冷藏或貯存流程的成功提供陳述或保證。

本人瞭解，多項外部因素是 ViaCord 無法控制的，例如，運送延誤、極端溫度及採集不當，而本人同意使 ViaCord 免於遭受因此等外部因素的影響致使新生幹細胞出現任何惡化或降解造成的損失。

本人瞭解並同意，ViaCord 對違反其義務的行為或其本身或他人之其他行為或疏忽概不承擔責任，例如，醫師／助產士、醫療機構、醫療人員以及新生幹細胞的運送人員。本人瞭解，執行採集的醫師／助產士在任何情況下不得作為 ViaCord 的代理人。

本人瞭解，服務及任何最終的移植或其他可能使用新生幹細胞的醫療程式均涉及新技術及程式，並且無法保證或擔保使用新生幹細胞會取得成功的結果。

本人特此使 ViaCord 及其高管、董事、雇員、代理人、關聯方、繼任人及受讓人免於與 ViaCord 服務有關的任何及一切性質的損失、損害、損壞或索賠的任何及一切責任。

ViaCord 血緣關係計劃服務協議

本人瞭解並同意，本人將放棄本人可能在其他方面擁有的某些權利，即，本人現在或將來可能由於與服務有關的任何原因起訴 ViaCord 或以其他方式尋求損害賠償金或其他救濟的權利，及本協議中所述的其他救濟除外（若有）。

本人瞭解，ViaCord 對因發生不可抗力事件而不履行本協議（包括新生幹細胞的丟失或銷毀）概不承擔責任，此等不可抗力事件可能包括但不限於自然災害、罷工、自然力、戰爭、非臨時性停電、恐怖主義襲擊及政府法規。

健康資訊的保密

所有與服務相關的病患記錄將得到妥善保密。ViaCord 可能被要求向聯邦、州或地方政府機構發佈或提供與某些呈陽性的檢驗結果相關的資訊，例如，HIV、AIDS、丙型肝炎或其他傳染性疾病。如需更多與 ViaCord 的隱私政策相關的諮詢，請造訪。

爭議的解決

本協議將依據麻薩諸塞聯邦法律管轄及解釋，不存在與法律、規定或原則的衝突。本協議採用英語書寫，並且應使用英語進行解釋。如果本協議雙方之間可能產生的一切問題、爭議或分歧不能友好解決，則應按照美國仲裁協會商業仲裁規則提交在麻薩諸塞州波士頓舉行仲裁，透過援引，該規則被視為引入本部分。仲裁員的裁決應具有最終效力並對雙方都有約束力，並應為雙方提供唯一及排他性的救濟措施。可以申請任何有管轄權的法院對得出的裁決進行判決，或者可以向該等法院申請對裁決的司法繼受或強制執行命令。

完整協議

本協議包含雙方就服務達成的完整協議並取代任何及一切此前無論書面或口頭的協議及諒解。

可分割性

本協議之條款可分割。如果本協議的任何部分被確定為無效或不能執行，該等條款將被修改，以使其有效且可執行，且本協議的其它條款仍然有效。

如果存在與本協議相關的疑問，請聯絡 ViaCord 客戶服務部，電話為(866) 861-8435 或 800-998-4226。

ViaCord 血緣關係計劃服務協議

本人已閱讀並瞭解本協議中所含的資訊，包括知情同意書。本人與ViaCord 服務相關的所有疑問已得到解答，並且本人表示滿意。本人保證向ViaCord 提供的所有資訊在本人所知的情況下真實準確。本人自願簽署本協議。

家長的正楷姓名（必填）

家長的簽名（必填）

簽名日期：_____
（年/月/日）（必填）

其他家長的正楷姓名（可選）

其他家長的簽名（可選）

簽名日期：_____
（年/月/日）（必填）

我們建議您拷貝一份填寫完畢的記錄相關服務協議和問卷調查。

血緣關係計劃 健康史問卷 母親



ViaCord's Newborn Stem Cell Donor Program

請盡快填寫、檢查、簽字並寄返此份健康史問卷調查的所有頁面至 ViaCord。

爲什麼填寫您的健康史問卷如此重要？

- 如果沒有此項資訊，ViaCord 將無法交付您子女的新生幹細胞，用於今後的治療。
- 必須提供本資訊，以用於您的子女或家庭成員可能使用新生幹細胞進行的治療，例如，家長、兄弟姐妹、子女、祖父母、阿姨、伯叔舅、侄子／侄女或外甥／外甥女。
- 联邦法規要求 ViaCord 詢問問題，以評估暴露於某些傳染性疾病的潛在風險。

需要填寫此表格的人：

- 親生母親須填寫此表格的各個部分。
- 除了紐約居民外，健康史調查問卷的填寫對於親生父親來說是可選的。父親需填寫另一份單獨表格。（根據紐約州衛生署的規定，我們必須獲得親生父親的健康史，除非他無法提供）。
- 每個人都應填寫各自的單獨問卷調查。

填寫此表之前您需要知道的事項：

- 以下健康史問卷包含的問題與在獻血時被問到的問題相似。
- 它還包含與您的行為及旅行歷史相關的您可能認為敏感且具有私人性質的問題。
- 請盡您所能以「是」或「否」回答每個問題。一些問題可能需要額外的資訊。**請勿跳過任何問題。**
- 所提供的資訊是**保密**的，將僅與您、您的醫師、子女的醫師或同胞兄弟姐妹的醫師分享。
- ViaCord 可能被要求向聯邦、州或地方政府機構發佈或提供與某些呈陽性的檢驗結果相關的資訊，例如，HIV、AIDS、丙型肝炎或其他傳染性疾病。
- 親生母親會被要求提供母體採血的同意書。
- 提交選擇、術語定義、藥物清單、國家定義清單與疫苗接種/免疫清單請查看附錄。

**血緣關係計劃
健康史問卷
母親**

家長資訊			
母親姓名： <small>(姓氏、名字及中間名首字母縮寫)</small>		母親的出生日期：	婚前姓名：
家庭電話：	手機：	電郵：	
家庭住址： <small>(州、城市、街道及郵編)：</small>	街道地址： 城市：州：郵遞區號：		
婚姻狀況 (僅限紐約州居民)：	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已有伴侶 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		
其他家長的全稱 <small>(姓氏、名字及中間名首字母縮寫)：</small>			
預產期：			
您以前是否在 ViaCord 保存過？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若是，何時？	
產科護理/分娩資訊			
OB/CNM 名稱：	OB/CNM 電話：	OB/CNM 傳真：	
	OB/CNM 地址 <small>(州、城市、街道及郵編)：</small>		
分娩所在醫院：	醫院電話：	L&D 電話：	
	醫院地址 <small>(州、城市、街道及郵編)：</small>		
潛在接受者資訊			
潛在接受捐獻血親姓名：		出生日期：	
診斷：			
主治醫師姓名：		醫師的電話號碼：	
醫師的地址 <small>(州、城市、街道及郵編)：</small>		醫師的傳真號碼：	

血緣關係計劃 健康史問卷 母親

如果填寫本表格時需要協助，請致電(866) 861-8435

健康史

母親目前的健康狀況	以下問題與您目前的健康狀況相關。 (請對每個問題勾選「是」或「否」。)	是	否
	您目前是否患有傳染性皮膚病？若是，請說明：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	您目前是否正在服用抗生素？若是，請回答以下內容：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	抗生素：服用原因： <input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/>		
	您目前是否有任何可能受採集程式不利影響的病症？（此類病症可能包括癌症、糖尿病、血液病、出血問題、肺病、心臟病、胸痛、中風、癲癇或多發性硬化）請就適用於此問題的任何已知病症諮詢您的醫師。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	您是否在懷孕期間接受過任何化療？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母親的臨床症狀	如果您有以下任何無法解釋的臨床或身體症狀，請勾選相應的方框。如果您沒有這些症狀，請勾選不適用方框 - 以上各項均不適用於本人。		
	<input type="checkbox"/> 肌肉無力或麻痺	<input type="checkbox"/>	口腔內出現頑固的白色斑點或瘡瘍
	<input type="checkbox"/> 盜汗	<input type="checkbox"/>	頸部、腋窩或腹股溝出現腫塊逾一個月
	<input type="checkbox"/> 皮膚表面或皮下或黏膜出現藍色或紫色斑點	<input type="checkbox"/>	黃疸
	<input type="checkbox"/> 體重減輕	<input type="checkbox"/>	肝腫大
	<input type="checkbox"/> 持續腹瀉	<input type="checkbox"/>	一般皮疹
	<input type="checkbox"/> 咳嗽或呼吸急促	<input type="checkbox"/>	頭痛、身體疼痛或眼部疼痛
	<input type="checkbox"/> 體溫超過華氏 100.5 度 (攝氏 38.0 度) 逾 10 天	<input type="checkbox"/>	心跳過快
	<input type="checkbox"/> 頸部僵硬	<input type="checkbox"/>	階段性昏迷、定向障礙或震顫
	<input type="checkbox"/> 不適用 - 以上各項均不適用於本人		
藥物	請參見附錄 C：藥物清單		
	您目前或您曾經有否服用任何藥物清單上的藥物？若是，請確認以下內容：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	藥物：最後服用劑量： <input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/>		
旅行	以下問題與您曾居住或旅行過的地區相關。請參見附錄 D 國家定義清單。		
	在過去 3 年中，您是否曾在美國過加拿大以外的地區旅行或居住過？ 若是，請指明您曾旅行過的國家及大約日期（月/年）：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	若在國家定義清單上找不到您曾旅行或居住過國家，請您單獨列出。必要時可另附一張表格。		
	旅行過/居住過的國家：旅行/居住的年/月： <input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/>		
	自 1980 年起，您在英國或歐洲停留的總時間是否超過 3 個月（這種情況包括居住、旅行或在美國軍事基地服役）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1980 到 1996 年期間，您是否以美國軍方、軍隊文職僱員或軍方成員受撫養人的身份到歐洲居住或旅行過？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自 1980 年起，您是否在英國或歐洲接受過血液、血小板、血漿、冷凝蛋白質或粒細胞的輸液？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	您在懷孕期間是否曾到寨卡 (Zika) 病毒感染區居住或旅行過？目前的受感染區清單請參見 CDC 網站 (http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血緣關係計劃 健康史問卷 母親

	回想過去 12 個月，您是否：	是	否	
過去的 12 個月	輸血、血液因數產品、衍生產品，或組織或器官移植？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接觸其他人的血液（例如：偶然的針頭刺傷）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接受紋身或任何類型的刺穿（耳朵或身體）、針灸或使用過注射針頭？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接受注射，包括 Rh 免疫球蛋白或疫苗接種/免疫接種？（請參閱附錄 E 疫苗接種/免疫接種清單）請確認以下所有內容：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接受的注射：接受日期： <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 20px;"></div></div>			
	診斷出：	屈公病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		登革熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		西尼羅河病毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		寨卡病毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	曾與接種天花疫苗的人密切接觸，且出現皮疹或其他接觸相關症狀？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	被診斷患有梅毒或淋病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與被診斷出乙型肝炎或臨床表現活躍的丙型肝炎的人生活在同一個家庭中？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	被監禁、拘留、關押或進入少年感化院超過 72 個小時？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	在過去 6 個月內被疑似有狂犬病的動物咬傷？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與患有肝炎或黃疸（不是嬰兒黃疸）的人發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與 HIV 檢測結果為陽性的人發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與用金錢或毒品或其他報酬交換性的任何人發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與曾與其他男性發生性接觸的男性發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與使用無醫師處方的靜脈注射藥物的任何人發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	在妊娠期曾與在過去 6 個月中被診斷出感染寨卡病毒的男性發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
在妊娠期曾與在過去 6 個月到寨卡病毒感染區居住或旅行的男性發生性接觸？目前的受感染區清單請參見 CDC 網站(http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
曾經	您是否曾經：		是	否
	診斷出，或檢查結果為陽性的：	人類嗜 T 淋巴球病毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		乙型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		丙型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	診斷出 HIV、HTLV、梅毒、乙肝或丙肝，或者檢驗 HIV？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	明顯暴露於轉移量達致毒劑量之物質（例如，鉛、汞、金）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	診斷出：	肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		瘧疾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		查加斯病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		焦蟲症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		急性呼吸病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	診斷出任何形式的克雅二氏症 (CJD)？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	曾有埃博拉病毒的感染史或病史？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接受過硬腦膜移植的頭部或腦部手術？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	被診斷出癡呆症或任何中樞神經系統的退化或脫髓鞘疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接受過涉及到暴露於來自動物的器官、組織或活細胞的移植或醫學程式？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與涉及到暴露於來自動物的器官、組織或活細胞的移植或醫學程式的接受者親密接觸？親密接觸包括與血液、唾液及體液的接觸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	由於除貧血或體重不足之外的原因推遲獻血？ 若是，請說明：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	酒精或藥物濫用（靜脈注射、口服、處方及非處方）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	透過性交易獲得金錢、藥物或其他報酬？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

血緣關係計劃 健康史問卷 母親

家族遺傳史

	您的母系或父系家族中是否有人：	是	否
親生母親	被診斷出以下任何一項：再生障礙性貧血、範科尼貧血、地中海貧血、慢性肉芽腫疾病 (CGD)、鎌狀細胞性貧血、亨特氏綜合徵、赫爾利綜合徵或其他任何貯積病症、嚴重聯合免疫缺陷病或血液／出血或其他遺傳病？ 若是，請說明：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患有克雅二氏症 (CJD)？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

採集母親血樣的知情同意書

本人目前懷孕。如果本人為子女的親生母親、卵細胞提供者，或者本人是他人親生子女的妊娠載體，本人瞭解並同意以下內容：

- 本人必須在提供此知情同意書之前接受醫師的檢查。
- 本人必須允許院方在子女出生時對本人抽取血樣。血樣將在分娩時由醫師、護士、抽血師或助產士採集。
- 本人須提供本人的健康史。

本人瞭解，抽取本人血樣存在風險，此類風險可能包括針眼周圍的瘀傷、發紅、不適或發炎，以及在極少情況下出現的更嚴重併發症。

本人授權 ViaCord 對本人的血液進行某些傳染性疾病的檢驗，包括但不限於：

- 人體免疫缺陷病毒 (HIV)
- 乙型肝炎病毒
- 丙型肝炎病毒
- 人嗜 T 淋巴細胞病毒 (HTLV)
- 巨細胞病毒 (CMV)
- 梅毒
- 以及任何其他聯邦或州法律規定的傳染性疾病。

本人瞭解，檢驗可能促使作出貯存決定，但新生幹細胞僅可在獲得 ViaCord 醫療總監及主治醫師的批准的情況下交付用於移植或其他治療。本人瞭解，ViaCord 僅會在本人樣本的檢驗結果為 HIV、乙型肝炎與丙型肝炎、HTLV、梅毒以及任何其他聯邦或州法律規定的相關傳染性疾病呈確定陽性時聯絡本人。

本人授權 ViaCord 向本人提供檢驗結果並在適用情況下及如上所述，向本人的醫師及子女的醫師提供檢驗結果。倘若檢驗結果與其他資料合併並且不包含捐獻者身份資訊，檢驗結果也可用於研究、分析或出版物中。**領養／代孕案例：** ViaCord 不可向除親生母親／妊娠載體及其醫師以外的任何人披露任何與親生母親／妊娠載體相關的任何健康資訊。任何與親生母親／妊娠載體的健康資訊有關的任何聯絡必須透過您的代孕者／領養合同規定的管道。

所有與母體外周血樣本相關的病患記錄將得到妥善保密。ViaCord 可能被要求向美國食品和藥品管理局、美國衛生與公眾服務部、疾控中心或其他聯邦、州或地方政府機構發佈或提供與某些呈陽性的檢驗結果相關的資訊，例如，HIV、AIDS、丙型肝炎或其他傳染性疾病。

血緣關係計劃
健康史問卷
母親

本人瞭解，本人有權獲得本人問題的答案。如果本人有任何與本份知情同意書或健康史問卷相關的問題，本人可以聯絡 ViaCord 客戶服務部，電話為(866)861-8435 或 800-998-4226。

本人瞭解，本人有權在處理或檢驗樣本之前取消本人對採集母體外周血樣本的同意，且撤銷本人的同意即表明新生幹細胞將在適用情況下不會被採集、處理、貯存。

請在簽字前仔細檢查此表，以確保其完整性。請亦提交健康史問卷的全部頁面。

我們建議您拷貝一份填寫完畢的關問卷調查以備記錄，並在嬰兒出生時與客服代表共同檢查。

本人確認，本人已閱讀並瞭解知情同意書，並且如實且盡本人所知地回答了以上健康史的問題。

本人是親生母親。

正楷姓名 (法定全稱)

簽字

簽名日期 (年/月/日)

血緣關係計劃

健康史問卷

父親

請在您的預產期之前填寫、檢查、簽字並寄返此份健康史問卷調查的所有頁面至 **ViaCord**。

為什麼填寫您的健康史問卷如此重要？

- 如果沒有此項資訊，ViaCord 將無法交付您子女的新生幹細胞，用於今後的治療。
- 必須提供本資訊，以用於您的子女或家庭成員可能使用新生幹細胞進行的治療，例如，家長、兄弟姐妹、子女、祖父母、阿姨、伯叔舅、侄子／侄女或外甥／外甥女。
- ViaCord 被要求詢問問題，以評估暴露於某些傳染性疾病的潛在風險。

哪些人應填寫此表格（條款定義請見附錄 B）？

- **紐約州居民**：根據紐約州衛生署的規定，我們必須獲得**親生父親**的健康史（除非他無法提供）。
- 除了紐約居民外，健康史調查問卷的填寫對於**親生父親**來說是可選的。
- 這是專門為父親設計的健康問卷調查。
- 請填寫整份表格。請勿留白。

填寫此表之前您需要知道的事項：

- 健康史問卷包含的問題與在獻血時被問到的問題相似。
- 它還包含與您的行為及旅行歷史相關的您可能認為敏感且具有私人性質的問題。
- 請盡您所能以「是」或「否」回答每個問題。部分問題可能要求提供其他資訊。請勿跳過任何問題。
- 所提供的資訊是**保密**的，將僅與您或子女的醫師分享。
- 提交選擇、術語定義、藥物延遲清單、國家定義清單與疫苗接種/免疫清單請查看附錄。

家長/父親資訊	
父親/家長的全稱 (姓氏、名字及中間名首字母縮寫)：	
家庭電話：	手機：
電郵：	
家庭住址：	街道地址 城市 州 郵政編碼
婚姻狀況 (僅限紐約州居民)：	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已有伴侶 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶
其他家長/母親的全稱 (姓氏、名字及中間名首字母縮寫)：	

如果填寫本表格時需要協助，請致電(866)861-8435

健康史

藥物	請參見附錄 C：藥物清單	是	否
	您目前或您曾經有否服用任何藥物延遲清單上的藥物？ 若是，請說明以下內容：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	藥物：最後服用劑量：		

血緣關係計劃 健康史問卷 父親

旅行	以下問題與您曾居住或旅行過的地區相關。請參見附錄 D 國家定義清單。	是	否	
	在過去 3 年中，您是否曾在美國過加拿大以外的地區旅行或居住過？若是，請指明您曾旅行過的國家及大約日期（月/年）： 若在國家定義清單上找不到您曾旅行或居住過國家，請您單獨列出。必要時可另附一張表格。 旅行過/居住過的國家：旅行/居住的年/月： <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自 1980 年起，您在英國或歐洲停留的總時間是否超過 3 個月（這種情況包括居住、旅行或在美國軍事基地服役）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1980 到 1996 年期間，您是否以美國軍方、軍隊文職僱員或軍方成員受撫養人的身份到歐洲居住或旅行過？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自 1980 年起，您是否在英國或歐洲接受過血液、血小板、血漿、冷凝蛋白質或粒細胞的輸液？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	您在過去 6 個月中是否曾到寨卡 (Zika) 病毒感染區居住或旅行過？目前的受感染區清單請參見 CDC 網站 (http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
過去的 12 個月	回想過去 12 個月，您是否：	是	否	
	輸血、血液因數產品、衍生產品，或組織或器官移植？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接觸其他人的血液（例如：偶然的針頭刺傷）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接受紋身或任何類型的刺穿（耳朵或身體）、針灸或或使用過注射針頭？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接受注射或疫苗接種/免疫接種？（請參見附錄 E 的疫苗接種/免疫接種清單） 若是，請列出以下內容：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	接受的注射：接受日期： <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>			
	診斷出：	屈公病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		登革熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		西尼羅河病毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		寨卡病毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		曾與接種天花疫苗的人密切接觸，且出現皮疹或其他接觸相關症狀？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		被診斷患有梅毒或淋病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		與被診斷出乙型肝炎或臨床表現活躍的丙型肝炎的人生活在同一個家庭中？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		被監禁、拘留、關押或進入少年感化院超過 72 個小時？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		在過去 6 個月內被疑似有狂犬病的動物咬傷？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	與患有肝炎或黃疸（不是嬰兒黃疸）的人發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與 HIV 檢測結果為陽性的人發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與用金錢或毒品或其他報酬交換性的任何人發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與男性發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	與使用無醫師處方的靜脈注射藥物的任何人發生性接觸？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

血緣關係計劃 健康史問卷 父親

曾經	您是否曾經：	是	否
	人類嗜 T 淋巴球病毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	診斷出，或檢查結果為陽性的： 乙型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	丙型肝炎病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	診斷出 HIV、HTLV、梅毒、乙肝或丙肝，或者檢驗 HIV？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	明顯暴露於轉移量達致毒劑量之物質（例如，鉛、汞、金）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	診斷出： 肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	瘧疾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	查加斯病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	焦蟲症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	急性呼吸病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	診斷出任何形式的克雅二氏症 (CJD)？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	曾有埃博拉病毒的感染史或病史？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	接受過硬腦膜移植的頭部或腦部手術？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	被診斷出癱瘓症或任何中樞神經系統的退化或脫髓鞘疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	接受過涉及到暴露於來自動物的器官、組織或活細胞的移植或醫學程式？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	與涉及到暴露於來自動物的器官、組織或活細胞的移植或醫學程式的接受者親密接觸？親密接觸包括與血液、唾液及體液的接觸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	由於除貧血或體重不足之外的原因推遲獻血？ 若是，請說明：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	酒精或藥物濫用（靜脈注射、口服、處方及非處方）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	透過性交易獲得金錢、藥物或其他報酬？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族遺傳史**			
親生父親	您的母系或父系家族中是否有人：	是	否
	被診斷出以下任何一項：再生障礙性貧血、範科尼貧血、地中海貧血、慢性肉芽腫疾病 (CGD)、鎌狀細胞性貧血、亨特氏綜合徵、赫爾利綜合徵或其他任何貯積病症、嚴重聯合免疫缺陷病或血液/出血或其他遺傳病？ 若是，請說明： _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患有克雅二氏症 (CJD)？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請在簽字前仔細檢查此表，以確保其完整性。請亦提交健康史問卷的全部頁面。

我們建議您拷貝一份填寫完畢的關問卷調查以備記錄，並在嬰兒出生時與客服代表共同檢查。

本人保證，本人已按真實情況並據本人所知回答以上所有問題。

本人是親生父親。

正楷姓名（法定全稱）

簽字

簽名日期（年/月/日）

血緣關係計劃 健康史問卷

附錄 A：表格提交選擇（傳真、郵件或電郵）

選擇 1：透過電郵將填寫完畢的表格發送至：siblingconnection@viacord.com

選擇 2：透過郵件將填寫完畢的表格發送至：
ViaCord
收信人：血緣關係
940 Winter St.
Waltham, MA 02451

選擇 3：透過傳真將填寫完畢的表格發送至：781-663-8099（使用本包裹中的傳真封面頁）

附錄 B：術語定義

- 新生幹細胞指的是在正在娩出之子女臍帶內發現的臍帶血幹細胞。
- 親生母親指的是懷孕子女且由其分娩的子女具有其 DNA 的女性。
- 親生父親指的是其子女與其具有相同 DNA 的男性。

附錄 C：藥物清單

請告訴我們，您目前是否正在服用或您是否曾經服用過以下任何藥物：

- 用於治療重度痤瘡的 Accutane®、Absorica、Amnesteem、Claravis、Myorisan、Sotret、Zenatane（異維甲酸）
- Erivedge（維莫德吉），用於治療基底細胞皮膚癌
- Soriatane®（阿維 A 酸），用於治療嚴重牛皮癬
- 由人體提煉的凝血因子濃縮液（情況次數：_____）
- 牛胰島素
- 人腦下垂體生長激素（非避孕激素）
- Tegison®（依曲替酯），用於治療嚴重牛皮癬
- Proscar®（非那雄胺），用於治療前列腺腫大
- Avodart®、Jalyn（度他雄安），用於治療前列腺腫大
- Propecia®（非那雄胺），用於治療脫髮

如果您想知道為什麼此類藥物影響新生幹細胞在治療上的使用，請繼續閱讀：

- 如果您已服用或正在服用 Proscar®、Avodart®、Jalyn、Propecia、Accutane®、Absorica、Amnesteem、Claravis、Myorisan、Sotret、Soriatane®、Tegison、Erivedge、Vismodegib 或 Zenatane，此類藥物會造成先天缺陷。
- 人腦下垂體生長激素是用於治療發育遲緩或發育不全的處方藥。激素提取自人體腦部的人腦下垂體。部分服用此類激素的人患上一種罕見的神經系統病症，稱為克雅二氏症（簡稱 CJD）。
- 牛胰島素（牛科或牛肉胰島素）是用於治療糖尿病的注射物質。如果此類胰島素從發現「瘋牛病」的國家進口至美國，則它可能還有源自受感染的牛的物質。人們擔心「瘋牛病」透過輸血傳播。
- 實驗性藥物通常與研究方案相關且對血液的影響不明。

附錄 D：國家定義清單

血緣關係計劃 健康史問卷

若在此單上找不到您曾旅行或居住過國家，請您單獨列出。

寨卡病毒傳播活躍區清單請見美國疾病控制中心 (CDC) 網站(<http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html>)。

美國中部、美國南部、墨西哥、加勒比海、波羅的哥和太平洋島

英國包括以下地區：

- 英格蘭
- 北愛爾蘭
- 蘇格蘭
- 馬恩島
- 海峽群島
- 直布羅陀海峽
- 威爾士
- 福克蘭群島

歐洲包括以下國家和地區：

- 阿爾巴尼亞
- 奧地利
- 比利時
- 波士尼亞與赫塞哥維納
- 保加利亞
- 克羅埃西亞
- 捷克共和國
- 丹麥
- 芬蘭
- 法國
- 德國
- 希臘
- 匈牙利
- 愛爾蘭
- 義大利
- 列支敦斯登
- 盧森堡
- 馬其頓
- 荷蘭
- 挪威
- 波蘭
- 葡萄牙
- 羅馬尼亞
- 斯洛伐克共和國
- 斯洛維尼亞
- 西班牙
- 瑞典
- 瑞士
- 英國（如上所示）
- 南斯拉夫

非洲包括以下國家和地區：

- 貝南
- 喀麥隆
- 中非共和國
- 查德
- 剛果
- 赤道幾內亞
- 加彭
- 肯亞
- 奈及利亞
- 尼日
- 塞內加爾
- 多哥
- 尚比亞

附錄 E：疫苗接種/免疫接種清單：

- 活疫苗（例如，麻疹、腮腺炎和帶狀皰疹）
- 天花、傷寒、黃熱病和日本腦炎疫苗接種
- 乙型肝炎免疫球蛋白（針對高危人群）
- 實驗性疫苗
- 狂犬病疫苗（用於傷口）

如果您想知道為什麼此類疫苗/免疫接種影響新生幹細胞在治療上的使用，請繼續閱讀：

- **乙型肝炎免疫球蛋白 (HBIG)** 是一種用於預防暴露於乙型肝炎後的感染的注射物質。HBIG 並非在任何情況下都能預防乙型肝炎的感染。
- **未經許可的（實驗性）疫苗**通常與研究方案相關且對血液的影響不明。