

KBC Zagreb	BANKA HUMANOG MLIJEKA	OZ-BHM/7
TST-BHM	Prijava za darivanje humanog mlijeka	1/2

PODACI O DARIVATELJICI		
Ime i prezime	Datum rođenja	
Adresa	Telefon	
	Mobitel	
	email	
PODACI O DJETETU		
Ime (<i>ako je poznato</i>) i prezime djeteta	Datum rođenja	
Trudnoća po redu Komplikacije <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Porod po redu Komplikacije <input type="checkbox"/> vaginalni <input type="checkbox"/> carski	
Dijete dojite/hranite izdojenim mlijekom <input type="checkbox"/> isključivo <input type="checkbox"/> djelomično – uz dohranu		
Jeste li se savjetovali o darivanju viška mlijeka <input type="checkbox"/> s pedijatrom <input type="checkbox"/> patronažnom sestrom <input type="checkbox"/> NE		
Kako ste doznali za Banku mlijeka <input type="checkbox"/> putem interneta, društvenih mreža <input type="checkbox"/> od primarnog pedijatra <input type="checkbox"/> od patronažne sestre <input type="checkbox"/> u rodilištu <input type="checkbox"/> od prijatelja <input type="checkbox"/> putem drugih medija- televizije, radija		
Napomena		
Zdravstveni podatci/zdravstvene i životne navike/okolina u kojoj se čuva mlijeko		
	DA	NE
Jeste li zdravi?		
Pušite li ili koristite nikotinske nadomjestke?		
Pijete li i koliko jedinica alkohola tjedno (1 jedinica= 0,3 l piva, 0,2 l vina, 0,03 l žestokih pića) ?		
Pijete li velike količine kave ili kofeinskih napitaka dnevno (više od 2 šalice)?		
Jeste li na nekoj dijeti? Ako ste veganskoj ili vegetarijanskoj, znate li razinu vitamina B12?		
Koristite li kakve lijekove, biljne pripravke ili vitamine? Koje, koliko?		
Jeste li cijepljeni unazad 4 tjedna? Kojim cjepivom?		

KBC Zagreb	BANKA HUMANOG MLIJEKA	OZ-BHM/7
TST-BHM	Prijava za darivanje humanog mlijeka	2/2

Jeste li operirani unatrag 4 mjeseca?		
Jeste li bili na akupunkturi, tetovaži, piercingu, nekom tretmanu s iglama unazad 3 mjeseca?		
Jeste li primili transfuziju krvi i kada?		
Jeste li ikada koristili droge?		
Jeste li ikada testirani i bili pozitivni na HIV1, HIV2, HBV, HCV, HTLV, sifilis?		
Izdavanje - Koliko dnevno izdajate mlijeka viška?		
Imate li već zamrznutu neku količinu mlijeka? Koliko?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Imate li vlastitu izdajalicu, kakvu? Čime je čistite i sterilizirate i koliko često?		
Broj članova domaćinstva, zdravlje?		
Vrsta zamrzivača koji imate- <input type="checkbox"/> odjeljak u hladnjaku <input type="checkbox"/> kombinirani hladnjak s odvojenim vratima za zamrzivač <input type="checkbox"/> ladičar/škrinja		
Ima li Vaš zamrzivač mogućnost programiranja temperature	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Kolika je najniža moguća temperatura zamrzivača? Koliko je vrijeme očuvanja temperature u slučaju nestanka električne energije?		
Mogućnost čuvanja mlijeka u zamrzivaču <input type="checkbox"/> odvojena ladica <input type="checkbox"/> u vreći koja odvaja mlijeko od ostalih namirnica		
Imate li mogućnost dostave mlijeka?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	

Ispunjava djelatnik Banke humanog mlijeka

Ime i prezime osobe koja je pročitala prijavu/razgovarala s darivateljicom:	
Potpis	Datum:

Daljnji postupci:

- izdati set
- dogovoriti vađenje uzoraka krvi
- ostalo