

Patient History Questionnaire

שאלון תולדות המטופל

Introduction

We understand that the questions are personal in nature. These questions are required by the US Food and Drug Administration (FDA) for people donating eggs, sperm, or embryos. The information will only be accessible to the few staff members at ORM Fertility involved in FDA screening, authorized FDA representatives, and our FDA compliance consultant, Donor Records. Please be assured that your privacy will be protected in compliance with the US Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). If you have any questions, please contact us.

הקדמה

אנו מבינים כי השאלות הן פרטיות מטבען. שאלות אלו הן דרישה של מנהל המזון והתרופות של ארה"ב (FDA) לאנשים התורמים ביציות, זרע או עוברים. המידע יהיה נגיש אך ורק לקומץ העובדים ב-ORM Fertility המעורבים בסינון על פי תנאי מנהל המזון והתרופות, לנציגים מורשים של מנהל המזון והתרופות וליועץ שלנו לעמידה בתנאי מנהל המזון והתרופות, תיקי תורמים. אנו מתחייבים להגן על הפרטיות שלכם בהתאם לתנאי חוק היבילות ואחריות הדיווח של ביטוח בריאות (HIPAA). אנא צרו עמנו קשר לכל שאלה.

Questions

please add a brief comment on any yes answers to describe what occurred and the month/year.

שאלות

נא להוסיף הערה קצרה לכל תשובה חיובית לתיאור המקרה וצינו חודש/שנה.

1. From 1980 through 1996, did you spend time that adds up to 3 months or more in the UK (England, Northern Ireland, Scotland, Wales, the Isle of Man, the Channel Islands, Gibraltar, or the Falkland Islands)?

1. בין השנים 1980 ל-1996, האם שהית במצטבר עד ל-3 חודשים או יותר בממלכה המאוחדת (אנגליה, צפון אירלנד, סקוטלנד, ויילס, האי מאן, איי התעלה, גיברלטר, או איי פוקלנד)?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐

2. From 1980 to the present, did you spend time that adds up to 5 years or more in Europe (Albania, Austria, Belgium, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Italy, Liechtenstein, Luxembourg, Macedonia, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovak Republic, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, England, Northern Ireland, Scotland, Wales, Isle of Man, Channel Islands, Gibraltar, Falkland Islands, and Yugoslavia)?

2. החל משנת 1980 ועד היום, האם שהית במצטבר עד ל-5 שנים או יותר באירופה (אלבניה, אוסטריה, בלגיה, בוסניה והרצגובינה, בולגריה, קרואטיה, צ'כיה, דנמרק, פינלנד, צרפת, גרמניה, יוון, הונגריה, אירלנד, איטליה, ליכטנשטיין, לוקסמבורג, מקדוניה, הולנד, נורווגיה, פולין, פורטוגל, רומניה, סלובקיה, סלובניה, שווייץ, אנגליה, צפון אירלנד, סקוטלנד, ויילס, האי מאן, איי התעלה, גיברלטר, או איי פוקלנד ויוגוסלביה)?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐



ORM FERTILITY

3. From 1980 through 1990, were you a member of the US military, a civilian military employee, or a dependent of a military member, who resided for 6 months or more at US military bases in Germany, Belgium and/or Netherlands?

3. בין השנים 1980 ל-1990, האם שירת בצבא ארה"ב, היית אזרח עובד הצבא, או סמוך על שולחנו של משרת בצבא, אשר התגורר במשך 6 חודשים או יותר בבסיסי צבא ארה"ב בגרמניה, בלגיה ו/או הולנד?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

4. From 1980 through 1996, were you a member of the US military, a civilian military employee, or a dependent of a military member, who resided for 6 months or more at US military bases in Greece, Turkey, Spain, Portugal and/or Italy?

4. בין השנים 1980 ל-1996, האם שירת בצבא ארה"ב, היית אזרח עובד הצבא, או סמוך על שולחנו של משרת בצבא, אשר התגורר במשך 6 חודשים או יותר בבסיסי צבא ארה"ב ביוון, טורקיה, ספרד, פורטוגל ו/או איטליה?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

5. From 1980 to the present, did you ever receive a transfusion of blood or blood components in the UK or France?

5. החל מ-1980 ועד היום, האם קיבלת עירוי דם או רכיבי דם בממלכה המאוחדת או בצרפת?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

6. Have you had a tattoo or piercing in the last 12 months in which non-sterile procedures were used (such as sharing instruments that were not sterilized between uses)?

6. האם עשית קעקוע או פירסינג במהלך 12 החודשים האחרונים שבמהלכם נעשה שימוש בהליכים לא סטריליים (כגון שימוש משותף בכלים שלא עוקרו בין שימוש לשימוש)?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

7. In the past 12 months, have you been held in prison, jail, or other correctional facility for more than 72 consecutive hours?

7. במהלך 12 החודשים האחרונים, האם הוחזקת במעצר, בכלא, או במתקן כליאה אחר במשך יותר מ-72 שעות ברציפות?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן



ORM FERTILITY

8. Have you injected drugs for a non-medical reason in the last 5 years – including intravenous, intramuscular, or subcutaneous injections?

8. האם הזרקת סם/תרופה מסיבות לא רפואיות במהלך 5 השנים האחרונות – לרבות הזרקה לווריד, לשריר או מתחת לפני העור?

Yes כן ☐ No לא ☐ Comment הערה:

9. In the past 5 years, have you had sexual contact in exchange for money, drugs, or other payment?

9. האם קיימת במהלך 5 השנים האחרונות יחסי מין תמורת כסף, סמים, או צורת תשלום אחרת?

Yes כן ☐ No לא ☐ Comment הערה:

10. Are you a man who has had sex with another man in the last 5 years?

10. האם אתה גבר שקיים יחסי מין עם גבר אחר במהלך 5 השנים האחרונות?

Yes כן ☐ No לא ☐ Comment הערה:

11. Have you had sex in the last 12 months with any person who would answer yes to any of the three previous questions?

11. האם קיימת במהלך 12 החודשים האחרונים יחסי מין עם כל אדם שהיה עונה בחיוב לפחות לאחת משלוש השאלות האחרונות?

Yes כן ☐ No לא ☐ Comment הערה:

12. Have you had a medical diagnosis, tested positive or reactive, been treated, or had a suspicion of Zika infection in the last 6 months?

12. האם אובחנת רפואית, קיבלת תוצאה חיובית בבדיקה רגילה או מהירה, טופלת או נחשדת בהידבקות בנגיף הזיקה במהלך 6 החודשים האחרונים?

Yes כן ☐ No לא ☐ Comment הערה:

13. Have you or any of your sexual contacts resided in or traveled to an area with active Zika virus transmission in the last 6 months?

13. האם אתה או מי מבני זוגך לקיום יחסי מין התגוררתם או נסעתם לאזור שבו קיימת הדבקה פעילה בנגיף הזיקה במהלך 6 החודשים האחרונים?

Yes כן ☐ No לא ☐ Comment הערה:



ORM FERTILITY

14. Have you had a medical diagnosis, tested positive or reactive, been treated, or had a suspicion of chlamydia or gonorrhea infection in the last 12 months?

14. האם אובחנת רפואית, קיבלת תוצאה חיובית בבדיקה רגילה או מהירה, טופלת או נחשדת בהידבקות בכלמידיה או בזיבה במהלך 12 החודשים האחרונים?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

15. Have you experienced symptoms of gonorrhea or chlamydia infection in the last 12 months, such as pain with urination, unusual genital or anal discharge, or pain during sex?

15. האם חווית תסמיני הידבקות בזיבה או בכלמידיה במהלך 12 החודשים האחרונים, כגון כאב בעת מתן שתן, הפרשה גניטלית או אנאלית חריגה, או כאבים בעת קיום יחסי מין?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

16. Have you had a medical diagnosis, tested positive or reactive, been treated, or had a suspicion of syphilis in the last 12 months?

16. האם אובחנת רפואית, קיבלת תוצאה חיובית בבדיקה רגילה או מהירה, טופלת או נחשדת בהידבקות בעגבת במהלך 12 החודשים האחרונים?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

17. Have you experienced symptoms of syphilis in the last 12 months, such as sores in your mouth, genital or anal area, a reddish-brown skin rash, unexplained weight loss, hair loss, extreme fatigue, or muscle aches?

17. האם חווית תסמיני הידבקות בעגבת במהלך 12 החודשים האחרונים, כגון פצעים בפה, באזור איבר המין או האנוס, פריחה אדומה-חומה בעור, ירידה במשקל, נשירת שיער, תשישות חמורה, או כאבי שרירים בלתי מוסברים?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן



ORM FERTILITY

18. Does your medical history or medical records show any evidence of a past diagnosis or a positive or reactive screening test result for Hepatitis B Virus or Hepatitis C Virus?

18. האם יש בהיסטוריה הרפואית או בתיקים הרפואיים שלך כל ראיות לאבחון או לתוצאת בדיקה חיובית בבדיקה רגילה או מהירה בעבר לנגיף צהבת B או לנגיף צהבת C?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

19. Have you ever experienced symptoms of Hepatitis after your 11th birthday, such as unexplained jaundice or an unexplained enlargement of the liver?

19. האם אי פעם חווית תסמינים של צהבת אחרי יום הולדת 11 שלך, כגון הצהבה בלתי מוסברת או כבד מוגדל מסיבה בלתי מוסברת?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

20. Have you lived in the same dwelling with another person who has Hepatitis B Virus or clinically active Hepatitis C in the last 12 months?

20. האם חלקת מקום מגורים עם אדם אחר הסובל מנגיף צהבת B או מצהבת C פעילה במהלך 12 החודשים האחרונים?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

21. Have you had sex in the last 12 months with any person who has had a past diagnosis or a positive or reactive screening test result for Hepatitis B Virus or Hepatitis C Virus?

21. האם קיימת במהלך 12 החודשים האחרונים יחסי מין עם כל אדם שקיבל אבחון או תוצאת בדיקה חיובית בבדיקה רגילה או מהירה בעבר לנגיף צהבת B או לנגיף צהבת C?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

22. Does your medical history or medical records show any evidence of a past diagnosis or a positive or reactive screening test result for HIV?

22. האם יש בהיסטוריה הרפואית או בתיקים הרפואיים שלך כל ראיות לאבחון או לתוצאת בדיקה חיובית בבדיקה רגילה או מהירה בעבר לנגיף HIV?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן



ORM FERTILITY

23. Have you ever experienced symptoms of HIV such as unexplained weight loss, unexplained night sweats, blue or purple spots on or under the skin of mucous membranes, many swollen lymph nodes, unexplained high temperatures for more than 10 days, unexplained persistent cough, unexplained persistent diarrhea, or unexplained oral thrush?

23. האם אי פעם חווית תסמינים של HIV כגון ירידת משקל בלתי מוסברת, הזעות ליליות בלתי מוסברות, נקודות כחולות או סגולות מעל או מתחת לפני העור של רקמות ריריות, בלוטות לימפה נפוחות רבות, חום גבוה בלתי מוסבר במשך למעלה מ-10 ימים, שיעול בלתי פוסק בלתי מוסבר, שלשול בלתי פוסק בלתי מוסבר, או זיהום פטרייתי בפה בלתי מוסבר?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

24. Have you had sex in the last 12 months with any person who has an HIV infection, or who had a positive or reactive test for HIV virus?

24. האם קיימת במהלך 12 החודשים האחרונים יחסי מין עם כל אדם הסובל מהדבקה ב-HIV, או שקיבל תשובה חיובית בבדיקה רגילה או בבדיקה מהירה לאיתור נגיף HIV?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

25. Have you been exposed in the last 12 months to known or possible HIV, Hepatitis B, or Hepatitis C through needle stick, contact with non-intact skin, contact with an open wound or mucous membrane?

25. האם במהלך 12 החודשים האחרונים נחשפת ביוזעין או ייתכן שנחשפת ל-HIV, צהבת B, או צהבת C באמצעות דקירת מחט, מגע עם עור סדוק, מגע עם פצע פתוח או עם רקמה רירית?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

26. Have you had a medical diagnosis, tested positive or reactive, been treated, or had a suspicion of West Nile Virus in the last 4 months?

26. האם אובחנת רפואית, קיבלת תוצאה חיובית בבדיקה רגילה או מהירה, טופלת או נחשדת בהידבקות בנגיף קדחת מערב הנילוס במהלך 4 החודשים האחרונים?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

27. Within the past 4 months, have you experienced symptoms of West Nile Virus, such as unexplained fever, headache, body aches, or eye pain, skin rash on the trunk of the body, stupor, disorientation, coma, convulsions, muscle weakness, or paralysis?

27. האם חווית במהלך 4 החודשים האחרונים תסמינים של קדחת מערב הנילוס, כגון חום, כאב ראש, כאבי גוף, או כאב עיניים, פריחה בעור הגוף, ערפול חושים, בלבול, תרדמת, פרכוסים, חולשת שרירים או שיתוק בלתי מוסברים?

Comment הערה:

No ☐ לא

Yes ☐ כן

Completion Date תאריך מילוי:

Patient Name שם המטופל:



ORM FERTILITY

28. Does your medical history or medical records show any evidence of a past diagnosis or a positive or reactive screening test result for HTLV or adult T-cell leukemia?

28. האם יש בהיסטוריה הרפואית או בתיקים הרפואיים שלך כל ראיות לאבחון או לתוצאת בדיקה חיובית בבדיקה רגילה או מהירה בעבר ל-HTLV (נגיף לימפוציטוטרופי של תא-T אנושי) או לוקמיה של תאי T בבוגרים?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐

29. Have you had symptoms of HTLV such as gait problems, unexplained falls, low back pain, unexplained constipation or incontinence, or numbness and pain in the lower limbs?

29. האם חווית תסמינים של HTLV (נגיף לימפוציטוטרופי של תא-T אנושי) כגון בעיות בהליכה, נפילות בלתי מוסברות, כאב בגב התחתון, עצירות או חוסר שליטה בסוגרים בלתי מוסברים, או חוסר תחושה וכאב בגפיים התחתונות?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐

30. Have you had a medical diagnosis, tested positive or reactive, been treated, or had suspicion of sepsis within the last 12 months (including bacteremia, septicemia, sepsis syndrome, systemic infection, systemic inflammatory response syndrome (SIRS), or septic shock?

30. האם אובחנת רפואית, קיבלת תוצאה חיובית בבדיקה רגילה או מהירה, טופלת או עלה אצלך החשד לאלח דם במהלך 12 החודשים האחרונים (לרבות בקטרמיה, ספטיסמיה, תסמונת אלח דם, זיהום מערכתי, תגובה דלקתית מערכתית (SIRS) או הלם זיהומי)?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐

31. Have you ever experienced two or more of the following symptoms of sepsis together: temperature greater than 100.4 F, heart rate greater than 90 beats per minute, respiratory rate greater than 20 breaths per minute, and/or abnormally low blood pressure?

31. האם חווית אי פעם שניים או יותר מהתסמינים הבאים של זיהום יחד: חום של יותר מ-38 מעלות צלזיוס, קצב לב גבוה מ-90 דפיקות לב בדקה, קצב נשימה של יותר מ-20 נשימות בדקה, ו/או לחץ דם נמוך בצורה חריגה?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐

32. Have you or any of your close contacts had a smallpox vaccination in the last 8 weeks?

32. האם אתה או מי ממכריך הקרובים חוסנתם לאבעבועות שחורות במהלך 8 השבועות האחרונים?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐



ORM FERTILITY

33. Have you or any of your close contacts experienced symptoms of vaccinia infection after receiving a smallpox vaccine in the last 8 weeks, such as extensive eczema-like rash, necrosis (death and blackening) of the tissues around vaccination site, inflammation of the brain or eyes?

33. האם אתה או מי ממכריך חוויתם במהלך 8 השבועות האחרונים תסמינים של זיהום מנגיף וקסיניה לאחר קבלת חיסון נגד אבעבועות שחורות, כגון פריחה נרחבת דמוית אקזמה, נמק (מוות והשחרה) ברקמות סביב מקום קבלת החיסון, דלקת במוח או בעיניים?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐

34. Have you or any of your blood relatives ever been diagnosed with Creutzfeldt-Jakob Disease (vCJD or CJD, also known as Mad Cow Disease)?

34. האם אתה או מי מקרובי המשפחה שלך אובחנו אי פעם עם מחלת קרויצפלד-יעקב (vCJD או CJD, הידועה גם בשם מחלת הפרה המשוגעת)?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐

35. Have you ever had symptoms of Creutzfeldt-Jakob Disease such as dementia, degenerative nerve disease, or a neurological disease of unknown cause?

35. האם חווית אי פעם תסמינים של מחלת קרויצפלד-יעקב כגון שיטיון, מחלות ניווניות של מערכת העצבים, או מחלה נוירולוגית שהגורם שלה אינו ידוע?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐

36. Have you or any of your close contacts ever had an organ or tissue transplant, received a cornea or brain covering (dura mater) transplant, or received human pituitary-derived growth hormone?

36. האם אתה או מי ממכריך הקרובים עברתם אי פעם השתלת איברים או רקמות, השתלת כיסוי קרנית או מוח (דורה מאטר), או קיבלתם הורמון גדילה שמקורו בבולטת יותרת המוח?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐

37. Have you or any of your close contacts ever undergone a medical procedure involving a xenotransplantation product, such as the transplant of non-human (animal) cells, tissues, or organs or human fluids, cells, tissues, or organs that have had contact with non-human (animal) sources?

37. האם אתה או מי ממכריך הקרובים עברתם אי פעם הליך רפואי שבמהלכו הושלתו תאים, רקמות או איברים שאינם ממקור אנושי (מחיות), או נוזלי בן-אדם, תאים, רקמות או איברים אשר באו במגע עם מקור שאינו אדם (מחיות)?

Comment הערה:

No לא ☐

Yes כן ☐