

Hälsodeklaration 1 för äggdonator

Namn		Personnummer
Tfn bostad	Tfn arbete	Tfn mobil
E-postadress		
Varför vill du bli donator?		
Har du tidigare donerat ägg på annan klinik? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, ange vid vilken klinik:		
Etnisk tillhörighet. Jag härstammar från:		
Ögonfärg: Hårfärg: Hudfärg: Längd: cm Vikt: kg		
Egen hälsohistoria		
Hur är din menscykel? <input type="checkbox"/> Regelbunden, antal dagar från mensstart till nästa mensstart <input type="checkbox"/> Oregelbunden:		
Använder du preventivmedel? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vad?		
Har du varit gravid?	Antal graviditeter totalt	Antal missfall
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Hur många barn har du?	Födelseår:	
Är barnen friska?		
Har du fast partner nu?	Är du gift?	Sammanboende?
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Sedan hur länge:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Om ja, vet din partner om att du vill donera ägg? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Var är du född?	Har du varit bosatt utomlands?	
Nuvarande yrke/sysselsättning:		
Har du eller har du haft underlivssjukdomar eller underlivsbesvär? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka/vilken?		
Har du eller har du haft andra sjukdomar (som föranlett sjukhusvård eller kontrollbesök)? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka/vilken?		

Pat.signatur 1/3

Namn:

Personnummer:

Har du haft någon psykisk sjukdom? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har du genomgått någon operation? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka/vilken?
Har du haft blodpropp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tar du mediciner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka/vilken?
Har du någon allergi? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mot vad?
Röker du? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Antal cigaretter/dag:
Snusar du? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Antal dosor/vecka:
Dricker du alkohol? Om ja, hur mycket alkohol intar du/vecka? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Starksprit (cl) Vin (cl) Öl (cl)
Har du någon gång använt narkotika/droger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Är du blodgivare? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> När? Var?
Har du sista tre månaderna haft sex med ny partner eller med annan ej fast partner? (Ange kommentar, t.ex. när, var) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
skaffat tatuering, piercing eller fått akupunktur? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
fått blodtransfusion? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
vistats utomlands mer än tre veckor i sträck? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
haft kontakt med sjukvård utomlands? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
behandlats på sjukhus i Sverige? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
vaccinerats? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> I så fall, för vad?.....

Pat.signatur 2/3

Namn:

Personnummer:

Sjukdomar i släkten	
Om Dina föräldrar, mor- och farföräldrar lever, hur gamla är de? Har de sjukdomar? Om de är döda, vad dog de av och ungefär vid vilken ålder? Hade de (fler) sjukdomar?	
Lever <input type="checkbox"/>	Död <input type="checkbox"/> Mor:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Far:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mormor:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Morfar:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Farmor:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Farfar:
Har du syskon? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Är de friska? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har någon nära släkting dött i ung ålder? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av vad?	
Har någon (haft) medfödd sjukdom eller funktionshinder? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Psykisk eller neurologisk sjukdom? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Finns andra tänkbara ärftliga sjukdomar i din närmaste släkt – eller finns det någon sjukdom som många i din släkt har? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Eventuell kommentar till hälsodeklarationen:	
<hr/>	
Skriv gärna lite om dina intressen:	
<hr/>	
Genom min underskrift intygar jag att:	
<ul style="list-style-type: none"> • den information jag har lämnat är sanningsenlig • jag har förstått att smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren och eventuella barn genom donerade könsceller • jag har fått möjlighet att ställa frågor och jag har fått svar på mina frågor • jag samtycker till att kliniken får ta del av mina journaler 	

Datum

Namnteckning