

Sammanfattande bedömning av presumtiv donator

Namn		Personnummer
<i>Bedömning av hälsodeklaration (bifogas)</i>		
Datum	Underskrift (av läkare)	
Kommentar/tillägg		
<hr/>		
<i>Undersökning av äggdonator</i>		
Datum	Underskrift (av läkare)	
U.a. <input type="checkbox"/>		
Kommentar/tillägg		
<hr/>		
<i>Resultat av spermprov</i>		
Datum	Underskrift (av läkare)	
U.a. <input type="checkbox"/>		
Kommentar		
<hr/>		
<i>Samtycke till donation finns, undertecknat av donatorn</i>		
Datum	Underskrift (av läkare)	
<i>Resultat av psykosocial bedömning</i>		
Datum	Underskrift (av kurator eller motsvarande)	
Kommentar/tillägg		
<hr/>		

<i>Resultat av smittprov 1</i>			
HIV, Hepatit B/C, HTLV I/II, Syfilis	Datum	Neg <input type="checkbox"/>	Sign
Klamydia (man)	Datum	Neg <input type="checkbox"/>	Sign
Gonorré (man)	Datum	Neg <input type="checkbox"/>	Sign
Ev. anmärkning			
<hr/>			
<i>Resultat av smittprov 2</i>			
HIV, Hepatit B/C, HTLV I/II, Syfilis	Datum	Neg <input type="checkbox"/>	Sign
SLUTLIGT RESULTAT AV DONATORUTREDNING			
<input type="checkbox"/> Godkänd			
<input type="checkbox"/> Ej godkänd			
Kommentar			
<hr/>			
Datum	Underskrift (av läkare)		