

VÄVNADSRÄTTNINGEN FÖR BEN

Intervju och kontroll av godkänd
legitimation utförd av:

Namn:.....

Sign:.....

Hälsodeklaration för bendonator

Namn:

Personnummer:

**Frågorna nedan har betydelse för dig själv och för den som får ditt ben.
Fråga gärna om något är oklart!**

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har någon i familjen haft Creutzfeldt-Jakobs sjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du pågående eller har du tidigare haft | | |
| 2. Cancer, blodsjukdom eller neurologisk sjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Autoimmun sjukdom som påverkar muskel-, sen-, eller benvävnad? Till exempel ledgångsreumatism, systemisk lupus erythematosus (SLE) och psoriasis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pagets sjukdom, osteomyelit (benröta), bisköldkörtelsjukdom eller annan sjukdom som påverkar skelettet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tuberkulos, borrelia, bältros, sarkoidos, genital herpes eller någon annan långvarig infektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hepatit (gulsot), syfilis, HIV (aidsvirus) eller HTLV I/II infektion eller varit utsatt för smittorisk för dessa sjukdomar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Malaria eller annan tropisk sjukdom eller haft oklar feber vid besök i tropiskt område eller fått oklar feber inom 6 månader efteråt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du | | |
| 8. Blivit vaccinerad mot Hepatit A eller Hepatit B? Om Ja, när:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Under de senaste 12 månaderna blivit behandlad med läkemedel som påverkar immunförsvaret, t.ex. kortisonpiller eller annan immunhämmande medicin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Blivit vaccinerad mot mässling, påssjuka, röda hund, vattkoppor eller gula febern de senaste 3 månaderna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Insulinbehandlad diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fått blodtransfusion de senaste 6 månaderna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Blivit behandlad med hormoner från en människas hypofys t.ex. tillväxthormon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Mottagit transplanterat av organ eller vävnad t.ex. hornhinna, biologisk hjärtklaff? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Blivit tatuerad, piercad, tagit hål i öronen eller behandlad med akupunktur de senaste 6 månaderna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Injicerat eller på annat sätt tagit anabola steroider, narkotika eller liknande preparat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Tidigare opererats eller haft infektion i den aktuella höften? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Vårdats på sjukhus, undersökts, opererats eller fått annan behandling i sjukvården utomlands de senaste 6 månaderna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Haft sex med ny partner de senaste 3 månaderna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Vistats utanför Norden de senaste 28 dagarna? Om Ja, var: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Varit i kontakt med person med konstaterad covid-19 eller tillfrisknat efter konstaterad covid-19 eller annan akut luftvägsinfektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jag anmäler mig för bendonation och intygar

- att min hälsodeklaration är sanningsenlig
- att jag förstått informationen om smittämnen som kan överföras med vävnad
- att jag har getts tillfälle att ställa frågor och fått svar

.....
Datum Donators namnteckning