**Hälsodeklaration för bendonator**

Intervju och kontroll av godkänd legitimation utförd av:

Namn:………………………………….

Signatur:.………………………………

Namn: ……………………………………

Personnummer: ..........................................

**Frågorna nedan har betydelse för dig själv och för den som får ditt ben.**

**Fråga gärna om något är oklart!**

**JA NEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Har någon i familjen haft Creutzfeldt-Jakobs sjukdom? |  |  |  |
|  | Har någon nära anhörig eller annan nära kontakt haft eller kontrollerats pga. misstänkt tuberkulos eller MPOX? |  |  |  |
| **Har du pågående eller har du tidigare haft** | | | | |
|  | Cancer, blodsjukdom eller neurologisk sjukdom? |  |  |  |
|  | Autoimmun sjukdom som påverkar muskel-, sen-, eller benvävnad? Till exempel ledgångsreumatism, systemisk lupus erythematosus (SLE) och psoriasis. |  |  |  |
|  | Pagets sjukdom, osteomyelit (benröta), bisköldkörtelsjukdom eller annan sjukdom som påverkar skelettet |  |  |  |
|  | Tuberkulos, borrelia, bältros, sarkoidos, genital herpes, systemisk svampinfektion eller någon annan långvarig infektion? |  |  |  |
|  | Hepatit (gulsot), syfilis, HIV (aidsvirus) eller HTLV I/II infektion eller varit utsatt för smittorisk för dessa sjukdomar? |  |  |  |
|  | Malaria eller annan tropisk sjukdom eller haft oklar feber vid besök i tropiskt område eller fått oklar feber inom 6 månader efteråt? |  |  |  |
| **Har du** | | | | |
|  | Blivit vaccinerad mot Hepatit A, Hepatit B?                 **Om Ja, när:……………………** |  |  |  |
|  | Har du blivit vaccinerad med andra vaccin än ovanstående de senaste 12 månaderna?  **Om ja, när och med vad?** |  |  |  |
|  | Under de senaste 12 månaderna blivit behandlad med läkemedel som påverkar immunförsvaret,  t ex kortison eller annan immunhämmande medicin? |  |  |  |
|  | Insulinbehandlad diabetes? |  |  |  |
|  | Fått blodtransfusion de senaste 6 månaderna? |  |  |  |
|  | Blivit behandlad med hormoner från en människas hypofys t.ex. tillväxthormon? |  |  |  |
|  | Mottagit transplantat av organ eller vävnad t.ex. hornhinna, biologisk hjärtklaff? |  |  |  |
|  | Blivit tatuerad, piercad, tagit hål i öronen eller behandlad med akupunktur de senaste 6 månaderna? |  |  |  |
|  | Injicerat eller på annat sätt tagit anabola steroider, narkotika eller liknande preparat? |  |  |  |
|  | Tidigare opererats eller haft infektion i den aktuella höften? |  |  |  |
|  | Vårdats på sjukhus, undersökts, opererats eller fått annan behandling i sjukvården utomlands de senaste 6 månaderna? |  |  |  |
|  | Haft sex med ny partner de senaste 3 månaderna? |  |  |  |
|  | Om du är man, haft sexuellt umgänge med annan man de senaste 6 månaderna? |  |  |  |
|  | Vistats utanför **Norden** de senaste 28 dagarna? Om **Ja, var:** ……………………. |  |  |  |
|  | Är du född utanför Sverige eller vistats utomlands under en period längre än 3 mån?  Om **Ja**, var:………………………. |  |  |  |

**Jag anmäler mig för bendonation och intygar**

– att min hälsodeklaration är sanningsenlig

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **JA** | **NEJ** |
| **Donator godkänd/ benvävnad kan tillvaratas** | |  |  |
| Namn:………………………………………… | | | |
| Signatur:………………. | Datum:……………… | | |

– att jag förstått informationen om smittämnen som kan överföras med vävnad

– att jag har getts tillfälle att ställa frågor och fått svar

…………………………………………………………………………….

Datum Donatorns namnteckning