

# Hälsodeklaration 1 för äggdonator

Namn		Personnummer		
Telefonnummer du kan nås på		E-postadress		
Varför vill du bli donator?				
Har du tidigare donerat ägg på annan klinik? Nej Ja		Om ja, vid vilken klinik?		
Etnisk tillhörighet. Jag härstammar från:				
Ögonfärg	Hårfärg	Hudfärg	Längd (cm)	Vikt (kg)

## Egen hälsohistoria

Hur är din menscykel? Regelbunden, antal dagar från mensstart till nästa mensstart Oregelbunden:		
Använder du preventivmedel? Nej Ja Vad?		
Har du varit gravid? Nej Ja	Antal graviditeter totalt	Antal missfall
Hur många barn har du?	Födelseår:	
Är barnen friska? Nej Ja Om nej, vilken sjukdom/åkomma handlar det om?		
Har du fast partner nu? Nej Ja	Är du gift? Nej Ja	Sammanboende? Nej Ja
Om ja, vet din partner om att du vill donera ägg? Nej Ja		



Namn	Personnummer
Var är du född?	Har du varit bosatt utomlands? Nej Ja
Nuvarande yrke/sysselsättning:	
Har du eller har du haft underlivssjukdomar eller underlivsbesvär? Nej Ja Vilka/vilken?	
Har du under det senaste året deltagit i medicinsk studie/läkemedelsstudie? Nej Ja I så fall var?	
Har du eller har du haft andra sjukdomar (som föranlett sjukhusvård eller kontrollbesök)? Nej Ja Vilka/vilken?	
Har du haft någon psykisk sjukdom? Nej Ja Vilka/vilken?	
Har du någon diagnos som f.n. inte kräver medicinering (som ADHD, Aspbergers syndrom, återkommande depressioner)? Nej Ja Vilka/vilken?	
Har du genomgått någon operation? Nej Ja Vilka/vilken?	
Har du haft blodpropp? Nej Ja	
Tar du mediciner? Nej Ja Vilka/vilken?	
Har du någon allergi? Nej Ja Mot vad?	
Röker du (cigaretter eller e-cigaretter)? Nej Ja Antal cigaretter (alt. motsvarande antal puffar)/dag:	
Snusar du? Nej Ja Antal dosor/vecka:	
Använder du någon annan form av nikotin? Nej Ja Om ja, vad och hur mycket?	
Dricker du alkohol? Nej Ja	Om ja, hur mycket alkohol intar du/vecka? Starksprit (cl): Vin (cl): Öl (cl):
Har du någon gång använt narkotika/droger? Nej Ja Om ja, när var senaste tillfället?	



Namn	Personnummer		
Är du blodgivare?			
Nej	Ja	När gav du blod senast?	Var?

## Riskbeteende de senaste sex månaderna

**Aktuella händelser. Har du under de senaste sex månaderna:**  
(Om du svarar ja, kommentera gärna, exempelvis när, var, vad etc.)

– varit med om någon olyckshändelse som krävt sjukvård?  
Nej Ja

– behandlats eller vårdats på sjukhus av någon annan orsak eller genomgått något medicinskt ingrepp (t.ex. tandoperation)?  
Nej Ja

– tagit några mediciner?  
Nej Ja

– vistats utomlands under kortare eller längre tid?  
Nej Ja

– Om ja, har du vårdats eller arbetat inom sjukvård utomlands?  
Nej Ja

– genomgått något icke-medicinskt ingrepp (t.ex. skaffat tatuering, piercing, fått akupunktur eller gjort en skönhetsoperation)?  
Nej Ja

– vaccinerats?  
Nej Ja

– fått blodtransfusion?  
Nej Ja

– haft sex med en ny eller annan ej fast partner?  
Nej Ja

– varit i någon annan situation där du riskerar blodsmitta? (T.ex. stickskada, injektionsmissbruk, sexuellt riskbeteende)?  
Nej Ja



Namn	Personnummer
------	--------------

## Sjukdomar i släkten

Om dina föräldrar, mor- och farföräldrar lever, hur gamla är de? Har de några sjukdomar? Om de är döda, vad dog de av och ungefär vid vilken ålder? Hade de någon/några sjukdomar?		
Lever	Död	
	Mor:	
	Far:	
	Mormor:	
	Morfar:	
	Farmor:	
	Farfar:	
Har du syskon?	Är de friska?	Om nej, vilken sjukdom handlar det om?
Nej Ja	Nej Ja	
Har någon nära släkting dött i ung ålder?		
Nej Ja Om ja, av vad?		
Har någon (haft) medfödd sjukdom eller funktionsvariation?		
Nej Ja Om ja, vilken?		
Psykisk eller neurologisk sjukdom?		
Nej Ja Om ja, vilken?		
Finns andra tänkbara ärftliga sjukdomar i din närmaste släkt – eller finns det någon sjukdom som många i din släkt har?		
Nej Ja Om ja, vilken?		
Eventuell kommentar till hälsodeklarationen		
Skriv gärna lite om dina intressen		



**Genom min underskrift intygar jag att:**

- 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
- jag samtycker till att mina uppgifter sparas i registret för donatorer av könsceller

Datum: ..... Namnteckning: .....

