**Hälsodeklaration för fecesdonator**

Intervju och kontroll av godkänd legitimation utförd av:

Namn:………………………………….

Signatur:.………………………………

**- Vid screening av donator samt start av donationsserie**

Namn: …………………………………… Längd: …………..

Personnummer: .......................................... Vikt: …………….

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

**På baksidan finns plats för kommentarer till frågorna. Fråga gärna om något är oklart!**

**JA NEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Går du eller planeras du gå på läkarkontroller för någon sjukdom? |  |  |  |
|  | Har du någon allergisk/atopisk sjukdom? |  |  |  |
|  | Använder du receptbelagda läkemedel, receptfria läkemedel eller kosttillskott? |  |  |  |
|  | Har du eller har du haft allvarlig infektionssjukdom, t.ex. HIV, HTLV, hepatit, syfilis, tuberkulos, malaria eller annan tropisk infektionssjukdom? |  |  |  |
|  | Har du de senaste 6 månaderna vårdats på sjukhus, undersökts, opererats eller på annat sätt varit i kontakt med sjukvården? |  |  |  |
|  | Har du senaste 3 månaderna haft sjukdomssymptom från magtarmkanalen? |  |  |  |
|  | Har du opererat mage eller tarm? |  |  |  |
|  | Har du eller någon av dina syskon/föräldrar haft tjocktarmscancer? |  |  |  |
|  | Är du född/har du bott mer än 5 år utanför Europa? |  |  |  |
|  | Har du eller någon i din familj haft Creutzfeldt-Jacobs sjukdom? |  |  |  |
|  | Har du de senaste 6 månaderna rest utanför Europa? |  |  |  |
|  | Har du fått transfusion av blodprodukt, genomgått organtransplantation eller behandlats med tillväxthormon? |  |  |  |
|  | Har du de senaste 6 månaderna: fått akupunktur, kosmetisk behandling med nål/injektion, blivit tatuerad eller piercad inkl. öronhåltagning, fått stickskada eller utsatts för annan människas blod? |  |  |  |
|  | Har du vaccinerats de senaste 4 veckorna? |  |  |  |
|  | Har du yrkesmässig kontakt med djur? |  |  |  |
|  | Har du tagit antibiotika senaste 3 månaderna? |  |  |  |
|  | Har du någonsin (utanför sjukvården) injicerat narkotika, anabola steroider, hormoner, annat preparat? |  |  |  |
|  | Har du de senaste 3 månaderna haft sexuellt umgänge med ny partner? |  |  |  |
|  | Har du eller vet du att din partner de senaste 6 månaderna haft sexuellt umgänge med:  - person med känd hepatit, syfilis, HTLV eller HIV?  - person som du vet har injicerat narkotika eller dopningsmedel? |  |  |  |
|  | Har du betalat eller fått betalt för sexuellt umgänge de senaste 6 månaderna? |  |  |  |
|  | För män: har du haft sexuellt umgänge med annan man senaste 6 månaderna? |  |  |  |
|  | För kvinnor: Har du de senaste 6 månaderna haft sexuellt umgänge med en man som du vet haft sexuellt umgänge med annan man? |  |  |  |
|  | Tycker du din mage fungerar bra? |  |  |  |
|  | Känner du dig frisk? |  |  |  |

**Jag anmäler mig som fececdonator och intygar**

– att min hälsodeklaration är sanningsenlig

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **JA** | **NEJ** |
| **Donator godkänd - feces 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

|  |
| --- |
| Anteckningar till frågor ”Hälsodeklaration fecesdonator” |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Hälsodeklaration fecesdonator - Tolkningsmall**

*Som grund bör ett positivt svar på någon av frågorna ses som ett exklusionskriterium, men en individuell bedömning kan göras från fall till fall beroende på omständigheter och givet svar.*

1. Fråga vilken sjukdom. Bedöm om lämplig som donator.
2. Läkarbedömning om lämplig som donator. Lindring hösnuva/pollenallergi godkänns.
3. Vad? Bedöm om lämplig som donator.
4. Fråga vilken sjukdom. Fokus på HIV, HTLV, HBV, HCV, Helicobacter pylori, syfilis, malaria, trypanosoma, tuberkulos, Chagas sjd, strongyloides. Om sjukdomen med fullständig säkerhet har behandlats bort kan personen vara donator. Om osäkerhet exkluderas donator.
5. Om ja, beskriv när/varför/vilken behandling. Bedöm om lämplig som donator. Stor kirurgi 6 månaders karens.
6. Vilka symtom? Kortvarigt övergående eller pågående? Bedöm om lämplig som donator.
7. Fråga vilken operation. Blindtarmsoperation godkänns. Större ingrepp bedöms.
8. Exkluderas som donator om ”Ja”.
9. Född eller bott i högriskland för framför allt; malaria, Chagas sjukdom, trypanosoma, syfilis, tuberkulos, strongyloides? Bedöm om lämplig som donator. Överväg utökad screening för strongyloides.
10. Fråga om hittats hos nära släkting (föräldrar, barn, syskon, far/morföräldrar). Om inte vet vad det är för sjukdom, tolka som nej.
11. Var har personen rest och hur länge? Risk för tropiska sjukdomar som nämns i fråga 9? Karantän 6 månader om resa till högriskland.
12. Vad och när? I vilket land? Karens 6 månader efter blodtransfusion. Om blodtransfusion i Sydamerika/i region med risk för malaria eller transplanterad exkluderas person som donator. Exkluderas om tidigare organtransplanterad eller behandlad med tillväxthormon till och med 1986. Om tillväxthormon efter 1986, fråga i vilket land. Konsultera blodcentral vid behov.
13. Om utfört inom nordisk hälso- och sjukvård ok, annars 6 månaders karens.
14. Vilket vaccin? Om levande vaccin, karens 4 veckor.
15. Om ”Ja” exkluderas donator på grund av risk för zoonos.
16. Karens 3 månader om ”Ja”.
17. Vad och när? Konsultera blodcentralen vid behov. Godkänns om godkänd som blodgivare.
18. Om ja, ta sexualanamnes. Minst 3 månaders karens, konsultera blodcentral vid behov.
19. Om ja, ta sexualanamnes. Minst 6 månaders karens, konsultera blodcentral vid behov.
20. Om ja, ta sexualanamnes. Minst 6 månaders karens, konsultera blodcentral vid behov.
21. Om ja, ta sexualanamnes. Minst 6 månaders karens, konsultera blodcentral vid behov.
22. Om ja, ta sexualanamnes. Minst 6 månaders karens, konsultera blodcentral vid behov.
23. Om nej, ta vidare anamnes. Gör bedömning om lämplig som donator.
24. Om nej, ta vidare anamnes. Gör bedömning om lämplig som donator.

**Hälsodeklaration för fecesdonator**

Intervju och kontroll av godkänd legitimation utförd av:

Namn:………………………………….

Signatur:.………………………………

**- Inför varje tillfälle under en donationsserie**

Namn: ……………………………………

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

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

**Fråga gärna om något är oklart!**

**JA NEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Känner du dig frisk? |  |  |  |
|  | Har du senaste 2 veckorna haft några sjukdomssymptom? |  |  |  |
|  | Har du sedan ditt senaste besök rest utomlands? |  |  |  |
|  | Har du tagit några läkemedel eller kosttillskott sedan din senaste besvarade hälsodeklaration? |  |  |  |
|  | Har du utsatt dig för någon ny risk för blodsmitta? T.ex. ny partner, tatuering, stickskada etc. |  |  |  |
|  | Har någon i ditt hushåll/som du delar bostad med haft tarminfektion senaste 2 veckorna? |  |  |  |

**Jag 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

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

…………………………………………………………………………….

Datum Donatorns namnteckning