

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?		
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 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? Nej Ja Antal cigaretter/dag:			
Snusar du? Nej Ja Antal dosor/vecka:			
Dricker du alkohol?		Om ja, hur mycket alkohol intar du/vecka?	
Nej Ja		Starksprit (cl): Vin (cl): Öl (cl):	
Har du någon gång använt narkotika/droger? Nej Ja			
Är du blodgivare? Nej Ja När gav du blod senast? Var?			



Namn	Personnummer
Har du senaste tre månaderna: (ange kommentar, t.ex. när, var)	
– vistats utomlands mer än tre veckor i sträck?	
Nej	Ja
– skaffat tatuering, piercing eller fått akupunktur?	
Nej	Ja
– fått blodtransfusion?	
Nej	Ja
– haft sex med ny partner eller med annan ej fast partner?	
Nej	Ja
– haft kontakt med sjukvård utomlands?	
Nej	Ja
– behandlats på sjukhus i Sverige?	
Nej	Ja
– vaccinerats?	
Nej	Ja

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?
Nej	Ja
Nej	Ja



Namn	Personnummer
Har någon nära släkting dött i ung ålder? Nej Ja Av vad?	
Har någon (haft) medfödd sjukdom eller funktionsvariation? Nej Ja	
Psykisk eller neurologisk sjukdom? Nej Ja	
Finns andra tänkbara ärftliga sjukdomar i din närmaste släkt – eller finns det någon sjukdom som många i din släkt har? Nej Ja	

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

Datum: Namnteckning:



Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

info@vavnadsradet.se / www.vavnad.se