

# Hälsodeklaration 1 för spermiedonator

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

## Egen hälsohistoria

|  |  |   |  |                         |
|--|--|---|--|-------------------------|
| Har du gett upphov till graviditet(er)?<br>Nej Ja                |  | Har det blivit tre eller fler missfall?<br>Nej Ja |  |                         |
| Hur många barn har du?   |  | Födelseår:  |  |                         |
| Är barnen friska?  |  |   |  |                         |
| Har du fast partner nu?<br>Nej Ja                                |  | Är du gift?<br>Nej Ja                             |  | Sammanboende?<br>Nej Ja |
| Om ja, vet din partner om att du vill donera spermier?<br>Nej Ja |  |   |  |                         |
| Var är du född?  |  | Har du varit bosatt utomlands?<br>Nej Ja          |  |                         |
| Nuvarande yrke/sysselsättning:                                   |  |   |  |                         |



|   |    |   |           |          |
|---|----|---|-----------|----------|
| Namn  |    | Personnummer                              |           |          |
| 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 |
| <b>Har du senaste tre månaderna: (ange kommentar, t.ex. när, var)</b> |              |
| – 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?<br>Nej Ja Av vad?   |              |
| Har någon (haft) medfödd sjukdom eller funktionsvariation?<br>Nej Ja  |              |
| Psykisk eller neurologisk sjukdom?<br>Nej Ja  |              |
| Finns andra tänkbara ärftliga sjukdomar i din närmaste släkt – eller finns det någon sjukdom som många i din släkt har?<br>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