

Spørgeskema til ægdonorer

Besvar venligst nedenstående spørgsmål ved afkrydsning. Korrekte svar har betydning for den patient der skal modtage dine æg. Alle helbredsoplysninger vil blive behandlet fortroligt.

Benyt venligst BLOKSTAVER:

Personnummer	
Fulde navn og CPR nr.	
Adresse	
Postnr.	By:

Har du nogensinde:	NEJ	JA
Haft allergi (fx astma, hørsnue, overfølsomhed for medicin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft hjerteproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft nyresygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft sukkersyge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft leverbetændelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft epilepsi (feberkramper) efter puberteten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft alvorlige sygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft andre ualmindelige sygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du svaret "ja" til en eller flere spørgsmål må du meget gerne uddybe disse.

Lægen vil også spørge nærmere ind til disse svar ved samtalen.

Hvilken etnisk baggrund har du? _____

Arvelige lidelser – genetik:

Har du eller nogen i din familie (børn, forældre eller søskende) lidt af en eller flere af nedennævnte tilstande:

	NEJ	JA
Er der arvelige sygdomme i din familie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der kromosomsygdom i din familie, f.eks. Mongolisme?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der personer med udviklingshæmning i din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der neurologiske sygdomme eller muskelsygdomme i din familie? F.eks. demens, Alzheimer, epilepsi, muskelsvind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der kræft i din familie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, angiv alder for diagnose og type_____		
Er der tilfælde af pludselig død i din familie (under 50 år).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der medfødt stofskiftesygdom i din familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der nyresygdom i din familie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du selv eller andre i din familie sukkersyge?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, beskriv nærmere_____		
Har du selv en mave-tarm sygdom (f.eks. Morbus Crohn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du selv, eller har nogen i din familie Cystisk fibrose (arvelig lungesygdom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der svær syns- eller hørenedsættelse i din familie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der skeletsygdomme i din familie, f.eks. dværgvækst eller misdannelser i ansigtsknogler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du selv – eller har du fået et barn med medfødte misdannelser, bl.a. læbe-gane-spalte, klumpfod, rygmarvsbrok, medfødt hjertefejl eller andet? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du selv en psykiatrisk diagnose, f.eks. skizofreni eller maniodepressiv sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du svaret "ja" til en eller flere spørgsmål må du meget gerne uddybe disse.

Lægen vil også spørge nærmere ind til disse svar ved samtalen.

Har du inden for de sidste 6 måneder:	NEJ	JA
Haft længerevarende feberperioder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft utilsigtet væggtab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været uden for Europa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået blodtransfusion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået lavet huller i ørerne eller andetsteds (piercing)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået lavet en tatovering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået udført akupunktur af ikke-autoriseret sundhedsperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du svaret "ja" til en eller flere spørgsmål må du meget gerne uddybe disse.

Lægen vil også spørge nærmere ind til disse svar ved samtalen.

Har du inden for de sidste 12 måneder:	NEJ	JA
Haft ubeskyttet samleje med anden end fast partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre oplysninger:

Har du i perioden fra 1. jan 1980 - 31. dec 1996 opholdt dig mere end 12 måneder i alt i UK (England, Skotland, Wales, Isle of Man, Kanaløerne, Gibraltar eller Falklandsøerne) ?	NEJ	JA
Er du født eller opvokset i et område, hvor der er malaria?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du have været udsat for smitte med HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du dig fuldstændig rask?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tidligere doneret æg på andre klinikker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, antal gange:_____		

Overstående spørgsmål er besvaret efter bedst overbevisning. Der har været mulighed for at stille spørgsmål, og jeg har fået tilfredsstillende svar på mine spørgsmål.

Dato

Underskrift

Forbeholdt klinikken

Interview foretaget af: _____

Information givet af: _____

	Dato	Resultat	Underskrift
Screening ifølge vævsloven (<30 dage)			
anti-HIV-1/2			
HbsAg			
anti-HBc			
Anti-HCV			
NAT-Test (HIV-1 RNA, HBV-DNA, HCV-RNA)			
Syfilis			
GK-podning fra cervix			

Godkendt som ægdonor efter indledende screening:

Dato: _____

Underskrift: _____