

DONORJOURNAL - KENDT SÆDDONATION

Donors navn: _____ Tlf: _____

Adresse: _____

Donors CPR: _____

Type af donation:

- Kendt sæddonation
- Kendt dedikeret sæddonation

Modtagers navn: _____ CPR: _____

Evt partners navn: _____ CPR: _____

Spørgeskema til sæddonor

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"/>

Hvis der svares "ja" til et eller flere spørgsmål uddybes disse.

Hvilken etnisk baggrund har du? _____

Arvelige lidelser – genetik:

Har du eller nogen i din familie 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 eller nogen i din nærmeste familie en psykiatrisk diagnose, f.eks. skizofreni eller maniodepressiv sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis der svares "ja" til et eller flere spørgsmål uddybes disse.

Har du inden for de sidste 6 måneder:	NEJ	JA
Haft længerevarende feberperioder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft utilsigtet vægttab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft kondylomer, sår på penis eller udflåd fra penis.....	<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 ikke lægeordineret akupunktur?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis der svares "ja" til et eller flere spørgsmål uddybes disse.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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: | 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 gjort en kvinde gravid | <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. Jeg bekræfter at være informeret om konsekvenserne af den valgte sæddonationsform, og at samtykke til sæddonation er foretaget frivilligt og efter eget valg.

Jeg accepterer endvidere at den deponerede sæd kan rekvireres af Fertilitetsklinikken i hele behandlingsforløbet, og at sæd, der er deponeret på Rigshospitalet, vil blive destrueret efter endt fertilitetsbehandling.

Dato:

Signatur donor:

Donors navn: _____ CPR: _____

Screening	Negativ	Positiv	Analyse dato	Lægesignatur
Anti-HIV 1 og 2				
Hbs Ag				
Anti-HBc				
Anti-HCV				
Syfilis				
Klamydia (urin)				

Lægelig konklusion:

På baggrund af det gennemførte interview samt øvrige undersøgelser vurderer jeg at, der:

- Ikke er konstateret væsentlige udelukkelsesgrunde for brug af sæddonor
- er konstateret væsentlige udelukkelsesgrunde for brug af sæddonor:

Underskrift

Læge _____ Dato: _____

Modtagers informerede samtykke

Jeg/vi bekræfter hermed, at have modtaget ovenstående oplysninger samt den tilhørende grundige mundtlige information om betydning og eventuelle mulige konsekvenser af at anvende sæd fra den valgte donor. Jeg/vi er ligeledes orienterede om, at overførsel af arvelige genetiske sygdomme ikke fuldstændigt kan udelukkes trods de gennemførte undersøgelser, samt at der fortsat kan være en minimal risiko forbundet med at anvende sæden trods gennemførte tests.

Jeg/vi ønsker at anvende sæd fra den valgte sæddonor til min/vores fertilitetsbehandling og accepterer de risici, der måtte være forbundet hermed.

Dato:

Navn: _____ Underskrift _____
 CPR nummer: _____

Evt partners navn: _____ Underskrift: _____
 CPR nummer _____

Dato for sæddeponering: _____

Serologisk analyse NAT test	Negativ	Positiv	Analyse dato	Lægesignatur
HIV DNA				
HBV DNA				
HCV RNA				