

## Spørgeskema til ægdonorer

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

CPR: \_\_\_\_\_  
 Navn: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Stilling: \_\_\_\_\_  
 Telefon nummer: \_\_\_\_\_

### Dit helbred:

Har du/har haft:	NEJ	JA
Alvorlig hjertesygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyresygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi (krampeanfald) efter puberteten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alvorlige sygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ualmindelige sygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk mave-tarm-sygdom, f.eks. Colitis ulcerosa eller Mb. Crohn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk diagnose, f.eks. skizofreni eller bipolar sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsykiatrisk diagnose, f.eks. autisme, OCD eller ADHD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du svaret "ja" til et 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 lidt af en eller flere af nedennævnte tilstande:**

Din familie omfatter følgende personer: dig selv og dine evt. børn, dine søskende og eventuelle halv søskende. Dine forældre og deres søskende samt dine bedsteforældre.

	NEJ	JA
Har du kontakt med familie på både din mors og fars side?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der arvelige sygdomme i din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis ja, angiv hvilke</i> _____		
Er der kromosomsygdom i din familie, f.eks. Downs syndrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis ja, angiv hvilke</i> _____		
Er der personer med udviklingshæmning i din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis ja, angiv hvilke</i> _____		
Er der neurologiske sygdomme eller muskelsygdomme i din familie? F.eks. demens Alzheimers, epilepsi, muskelsvind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der personer med Cystisk fibrose (arvelig lungesygdom) i din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der kræft i din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis ja, angiv alder for diagnose og type</i> _____		
Er der tilfælde af pludselig død i din familie (under 50 år)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der nyresygdom i din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der sukkersyge i din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis ja, beskriv nærmere</i> _____		
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"/>
Er du eller nogle i din familie behandlet for medfødte misdannelser f.eks. læbe-gane-spalte, klumpfod, rygmarvsbrok eller medfødt hjertefejl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der nogle i din familie med en psykiatrisk diagnose, f.eks. skizofreni eller bipolar sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der nogle i din familie med en neuropsykiatrisk diagnose, f.eks. autisme OCD eller ADHD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

---



---



---

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

**Risiko for smitsom sygdom:**

<b>Har du inden for de sidste 6 måneder:</b>	<b>NEJ</b>	<b>JA</b>
Haft længerevarende feberperioder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft utilsigtet vægttab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rejst udenfor Danmark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået blodtransfusion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået lavet huller i ørerne af ikke-autoriseret sundhedsperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået lavet piercing af ikke-autoriseret sundhedsperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået lavet tatovering af ikke-autoriseret sundhedsperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået udført akupunktur af ikke-autoriseret sundhedsperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botox og fillers af ikke-autoriseret sundhedsperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft ubeskyttet sex med andre end fast partner	<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.

**Gynækologi:**

<b>Blødningsforhold:</b>	<b>NEJ</b>	<b>JA</b>
Har du regelmæssige menstruationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angiv sidste 1. menstruationsdag: _____		
Anvender du prævention (f.eks. p-piller, spiral)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilken? _____		

**Eventuelle graviditeter:**

Har du været gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, angiv årstal: _____		
Har du aborteret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, angiv årstal: _____		
Har du været gravid udenfor livmoderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, angiv årstal: _____		
Har du født/fået foretaget kejsersnit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, angiv årstal: _____		

**Andre oplysninger:**

NEJ

JA

Tager du medicin dagligt?

Hvis ja, hvilken? \_\_\_\_\_

Tager du kosttilskud dagligt?

Hvis ja, hvilken? \_\_\_\_\_

Ryger du?

Hvis ja, hvor mange cigaretter dagligt? \_\_\_\_\_ stk

Anvender du e-cigaretter eller snus?

Hvis ja, hvor mange dagligt? \_\_\_\_\_ stk

Hvor mange genstande drikker du om ugen? \_\_\_\_\_ stk

Har du anvendt/anvender du euforiserende stoffer?

Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_

Føler du dig fuldstændig rask?

Har du tidligere doneret æg på andre klinikker?

Hvis ja, antal gange: \_\_\_\_\_

Har du været til samtale på andre klinikker med henblik på at donere æg?

---

Dato

Underskrift