

HÄLSODEKLARATION

Fyll i de första 5 sidorna och skicka med vanlig post till Tobias Registret tillsammans med signerad blankett Medgivande (sida 7).

OBS! Missa inte att läsa igenom dokumentet om blodsmitta! (sida 6).

Tobias Registret, C259, 141 86 STOCKHOLM

Åtgärd: NY

Datum: _____

Donatorkod: _____

Tobias Registret fyller i

Efternamn: _____

Förnamn: _____

Personnummer: _____

Längd: _____

Vikt: _____

Adress: _____

Gatuadress

Postnummer Ort

Tfn bostad: _____

Tfn arb: _____

Mobil tfn: _____

E-mail: _____

Etnisk tillhörighet, jag/min familj härstammar ifrån: _____

	JA	NEJ
Anser du dig för närvarande fullt frisk?	___	___
Om nej, varför inte? _____		

Har du

tagit några andra mediciner den senaste månaden (även örtmediciner)?

Om ja, vilka? _____

legat på sjukhus under det senaste året?

Om ja, varför? _____

någonsin fått narkos?

När? _____

haft problem i samband med narkos?

Om ja, vilka problem? _____

När? _____

Har du

någonsin haft en allvarlig sjukdom? _____

Om ja, vilken? _____

När? _____

någonsin lidit av hjärtbesvär, som kärlkramp, ont i bröstet eller varit onormalt andfådd? _____

Om ja, beskriv. _____

När? _____

någonsin haft kramper av något slag eller svimningsattacker? _____

Om ja, vad? _____

När? _____

någonsin fått blodtransfusion eller transplanterats? _____

Om ja, vilket och när? _____

någonsin haft en blodsjukdom eller blödningsproblem? _____

Om ja, vad? _____

När? _____

en nära anhörig som har haft leukemi eller annan blodsjukdom? _____

Om ja, vem? _____

Vilken sjukdom? _____

astma eller någon annan lungsjukdom? _____

Om ja, beskriv. _____

någon form av allergi? _____

Om ja, beskriv. _____

någonsin haft gulsot eller leversjukdom? _____

Om ja, vad? _____

När? _____

någon sjukdom, som inte nämnts här, som kräver regelbunden kontroll av läkare? _____

Om ja, vilken? _____

Har du

under de senaste 12 månaderna blivit tatuerad, av misstag stuckit dig på en nål, fått akupunktur, ”piercat” dig, gjort hål i öronen och liknande eller kommit i kontakt med någon annans blod?

Om ja, vad och när? _____

___ ___

under de senaste 12 månaderna levt med eller varit i nära kontakt med någon som har gulsot eller hepatit?

Om ja, beskriv. _____

___ ___

Är du blodgivare?

___ ___

någonsin blivit nekad att vara blodgivare?

Om ja, varför? _____

___ ___

När? _____

varit i malaria smittat område?

___ ___

Om ja, när och var? _____

haft malaria eller malariasymptom de senaste 3 åren?

___ ___

Om ja, när? _____

Är du född i något annat land än Sverige?

___ ___

Om ja i vilket land? _____

AIDS eller har du varit HIV-positiv (AIDS-virus) i något test?

___ ___

någonsin testats positiv för HTLV?

___ ___

under de senaste 12 månaderna haft sex med någon som har AIDS eller som har varit positiv i HIV-test?

___ ___

För män: Har du haft sex med någon annan man de senaste 5 åren?

___ ___

För kvinnor: Har du under de senaste 12 månaderna haft sex med någon man som har haft sex med en annan man under de senaste 5 åren?

___ ___

någonsin injicerat dig själv med någon medicin eller narkotika?

___ ___

Om ja, vad? _____

När? _____

under de senaste 12 månaderna någon gång haft sex med någon som har injicerat sig själv med medicin eller narkotika? _____

Om ja, vad? _____

under de senaste 12 månaderna någon gång betalat eller givit narkotika till någon som du har haft sex med? _____

någon gång de senaste 5 åren tagit emot pengar eller narkotika i utbyte mot sex? _____

under de senaste 12 månaderna någon gång haft sex med någon som har tagit emot pengar eller narkotika i utbyte mot sex? _____

under de senaste 12 månaderna någon gång haft sex med någon som blivit behandlad för någon form av blödarsjuka? _____

under de senaste 12 månaderna haft sexuell kontakt med någon som har gulsot, (Hepatit) eller leversjukdom _____

Om ja vad? _____

under de senaste 12 månaderna blivit behandlad för någon könssjukdom? _____

Om ja, vilken? _____

under de senaste 12 månaderna sniffat kokain eller använt annan narkotika? _____

Om ja, vad? _____

någonsin injicerat, även vid enstaka tillfälle, icke föreskrivet medel? _____

Om ja, vad? _____

När? _____

haft någon, eller testats positiv för någon parasitsjukdom som Babesiosis, Leishmaniasis eller Chagas sjukdom? _____

Har du eller någon i din familj Creutzfeldt-Jacobs sjukdom? _____

någonsin hört att någon i din familj löper ökad risk att få Creutzfeldt-Jacobs sjukdom. _____

För kvinnor: Är Du gravid nu? _____

någonsin varit gravid? _____

Hur många gånger? _____

Har du haft några hälsoproblem i samband med graviditet? _____

Om ja, beskriv närmare: _____

Jag förstår att om det finns en risk att jag kan sprida AIDS-virus eller andra sjukdomar, kan jag inte donera benmärg/stamceller till någon annan person. Jag har förstått frågorna i det här formuläret och har svarat efter bästa förmåga.

Jag har läst igenom den sista sidan i formuläret angående blodsmitta och anser mig inte tillhöra någon av de nämnda riskgrupperna. Kryssa i

Namnsteckning: _____

Namnförtydligande: _____

VIKTIG INFORMATION OM BLODSMITTA

Att ge benmärg är att hjälpa medmänniskor till liv och hälsa. Det innebär också att man tillsammans med Tobias Registret tar ett ansvar för den patient som får benmärgen/stamcellerna.

Benmärgen/stamcellerna måste vara fri från blodsmitta.

Inför en benmärgs-/stamcellsdonation testar vi Ditt blod för att upptäcka om gulsotsvirus (typ B eller typ C), HTLV-I/II eller HIV (aids-virus) finns i blodet. Men testerna är inte 100%-igt säkra. De ger inte alltid utslag när blod från en nysmittad person undersöks.

Det är därför viktigt att personer som utsatts för *risk för blodsmitta* inte ger benmärg/stamceller. Detta gäller även personer som lever på ett sådant sätt att risken för blodsmitta är stor.

Risk för blodsmitta kan finnas hos:

- person som blivit utsatt för smitta med gulsotsvirus, HTLV-I/II eller HIV (aids-virus).
- person som någon gång injicerat (med spruta fört in) narkotika, anabola steroider eller andra preparat.
- person som har haft sexuellt umgänge med någon person som är smittad med gulsotsvirus, HTLV-I/II eller HIV (aids-virus).
- man som har haft sexuellt umgänge med annan man.
- kvinna som har haft sexuellt umgänge med bisexuell man.
- prostituerade och hos en person som har haft sexuellt umgänge med prostituerad någon gång under de senaste tolv månaderna.
- person från område där blodsmitta (gulsotsvirus, HTLV-I/II, HIV) har stor spridning i befolkningen. Detta gäller även personer som någon gång under de senaste tolv månaderna har haft sexuellt umgänge med person från sådant område.

Du bör därför inte anmäla Dig/lämna blodprov till Tobias Registret om Du av någon anledning som nämnts ovan kan riskera att smitta en mottagare med Din benmärg/dina stamceller.

Du är givetvis välkommen att ringa och fråga, även anonymt, om Du är tveksam.

Medgivande vid anmälan till Tobias Registret

Efternamn: _____

Förnamn: _____

Personnummer: _____

Kod _____
Tobias Registret fyller i.

- 1 Jag har läst Tobias Registrets information om *frivillig* stamcellsdonation.
- 2 Jag har informerats om att min medverkan är frivillig och att jag när som helst kan gå ur registret utan att förklara mitt beslut.
- 3 Jag går med på att lämna blodprover för vävnadstypning och att min vävnadstyp registreras i Tobias Registrets databas.
- 4 Jag går med på att virustester utförs om jag blir aktuell som eventuell donator för en patient. Nya blodprover tas vid detta tillfälle.
- 5 Jag har inte givit något löfte till att donera stamceller när jag anmäler mig till Tobias Registret.
- 6 Jag ger mitt medgivande till att Tobias Registret sparar ett fryst blodprov för senare analys om jag blir aktuell som donator för en viss patient.
- 7 *Jag är informerad om att en eventuell patient kan finnas utomlands och ger mitt medgivande till att blodprover skickas dit och eventuellt sparas för analyser för denna patient.*

Datum: _____

Underskrift: _____