

HÄLSODEKLARATION

Fyll i de första 7 sidorna och skicka med vanlig post till Tobias Registret.

OBS! Missa inte att läsa igenom dokumentet om blodsmitta! (sida 8).

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		
haft någon infektion de senaste 2 månaderna?	___	___
Om ja, vilken? _____		
behandlats med antibiotika under de senaste 2 månaderna?	___	___
Om ja, vilken? _____		
tagit några andra mediciner den senaste månaden (även örtmediciner)?	___	___
Om ja, vilka? _____		
blivit vaccinerad under det senaste året?	___	___
Om ja, mot vad och när? _____		
legat på sjukhus under det senaste året?	___	___
Om ja, varför? _____		

	JA	NEJ
Har du någonsin fått narkos? När? _____	—	—
haft problem i samband med narkos? Om ja, vilka problem? _____ När? _____	—	—
Har någon i din familj haft problem i samband med narkos? Om ja, vilka? _____	—	—
Har du någonsin haft en allvarlig sjukdom? Om ja, vilken? _____ När? _____	—	—
någonsin lidit av hjärtbesvär, som kärklamp, 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? _____	—	—
varit donator Om ja, vad har du donerat 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? _____	—	—
någonsin blivit behandlad för någon form av blödarsjuka? Om ja, hur _____ När? _____	—	—
behandlats med kirurgiskt ingrepp för skallskada? Om ja, vad _____ När? _____	—	—

Har du	JA	NEJ
någonsin haft nack- eller ryggproblem? Om ja, vad? _____ När? _____	___	___
Om ja, behöver du behandlas med mediciner för närvarande?	___	___
någonsin haft symptom från ögonen? Om ja, vilka symptom och när? _____ Vilken behandling fick du? _____	___	___
någon sjukdom, som inte nämnts här, som kräver regelbunden kontroll av läkare? Om ja, vilken? _____	___	___
astma eller någon annan lungsjukdom? Om ja, beskriv. _____	___	___
någon form av allergi? Om ja, beskriv. _____	___	___
allergi mot latexgummi?	___	___
någonsin haft gulsot eller leversjukdom? Om ja, vad? _____ När? _____	___	___
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?	___	___
Har du någonsin blivit nekad att vara blodgivare? Om ja, varför? _____ När? _____	___	___
någon gång sedan 1980 fått insulin från nötkreatur, producerat i England?	___	___
mått bra på sistone?	___	___

	JA	NEJ
Har du besökt eller bott i Storbritannien (England, Nordirland, Skottland, Wales, Isle of Man, Jersey, Guernsey eller Falklandsöarna)?	___	___
Om ja, när? _____		
Om så är fallet, har du bott där mer än 6 månader mellan 1980 och 1996?	___	___
Har du rest till något land utanför Europa sedan 1977? Om ja, vilket land? _____	___	___

Hur länge? _____		

När? _____		

bott mer än 5 år i Europa?	___	___
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? _____	___	___
Har du sedan 1977 fått blodtransfusion eller behandling med någon blodprodukt i något annat land än Sverige? Om ja, i vilket sammanhang. _____	___	___
Var? _____		
När? _____		
AIDS eller har du varit HIV-positiv 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?	___	___

	JA	NEJ
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?	___	___
Har du haft sex med någon som är född i eller bor i något land utanför Europa? Om ja, vilket land _____ När? _____	___	___
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 fått immunglobulin mot gulsot? Om ja, vad? _____	___	___
under de senaste 12 månaderna haft syfilis, gonorré eller någon annan könssjukdom?	___	___
under de senaste 12 månaderna blivit behandlad för någon könssjukdom? Om ja, vilken? _____	___	___

	JA	NEJ
Har du 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? _____	___	___
någonsin behandlats med melatonin eller humant hypofyshormon som tillväxthormon och gonadotropin? 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?	___	___
Har du någonsin hört att någon i din familj löper ökad risk att få Creutzfeldt- Jacobs sjukdom.	___	___
Har du suttit i fängelse i mer än 72 timmar de senaste 12 månaderna?	___	___
Röker du?	___	___
För kvinnor: Är Du gravid nu?	___	___
Planerar du att bli gravid inom 6 månader?	___	___
Har du varit gravid under de senaste 6 veckorna?	___	___
Har du någonsin varit gravid? Hur många gånger? _____	___	___
Har Du barn, som är yngre än ett år? Om ja, hur gammalt är barnet? _____	___	___
Har du haft några hälsoproblem i samband med graviditet? Om ja, beskriv närmare: _____	___	___
För alla Har du under de senaste 4 månaderna haft hög feber och svår huvudvärk samtidigt? Om ja, när? _____ När blev du frisk? _____	___	___

	JA	NEJ
Har du någonsin haft West Nile Virus? Om ja, när? _____	___	___
Har du träffat någon som vaccinerats mot smittkoppor under de tre senaste månaderna? Om ja; När vaccinerades denna person? _____ När träffades ni? _____	___	___
Har du behandlats med någon form av koagulationsfaktor?	___	___
Har du under de senaste 12 månaderna haft sex med någon som har behandlats med någon form av koagulationsfaktor?	___	___
Har du, någon i din familj eller någon, som du har haft sex med, transplanterats eller genomgått någon behandling med levande celler, vävnad eller organ från djur?	___	___

Jag förstår att om det finns en risk att jag kan sprida HIV-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.