

SPØRGESKEMA TIL ÆGDONOR

Før du kan komme i gang, skal du printe og udfylde dette spørgeskema. Når skemaet er udfyldt, bedes du scanne det og sende en kopi via vores patientportal, som du finder på vores hjemmeside www.aagaardklinik.dk.

Du vil herefter modtage en indkaldelse til en indledende konsultation. Læs venligst vores karantæne regler på aagaardklinik.dk/aegdonor.

Har du ikke en scanner til rådighed, kan du med fordel downloade APPen Genius Scan til din iPhone eller Android.

MINE KONTAKTINFORMATIONER

Fulde navn:	_____	Adresse:	_____
CPR nr.:	_____	Postnummer og by:	_____
Tlf. nr.:	_____	Reg. nr.:	_____
E-mail:	_____	Kontonr.:	_____

Reg. og kontonr. anvendes ved overførsel af godtgørelse for ægdonation til din konto.

MINE KARAKTERISTIKA

Hårfarve:	_____	Blodtype:	_____
Øjenfarve:	_____	Mors etnicitet:	_____
Højde i cm:	_____	Fars etnicitet:	_____
Vægt i kg:	_____	Donationsform:	_____

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 (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft leverbetændelse (Hepatitis)?	<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.

ARVELIGE SYGDOMME - GENETIK

NEJ

JA

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

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 bipolarlidelse (maniodepressiv)?.....	<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 INDENFOR DE SIDSTE 6 MÅNEDER:

	NEJ	JA
Haft længerevarende feberperioder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft utilsigtet vægttab?	<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 INDENFOR DE SIDSTE 12 MÅNEDER:

	NEJ	JA
Haft ubeskyttet samleje med anden end fast partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MENSTRUATIONSCYKLUS, PRÆVENTION og GRAVIDITET:

	NEJ	JA
Regelmæssig cyklus?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dato for sidste menstruation: _____		
Prævention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hvad anvendes: _____		
Har du været gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis JA:		
Fødsler; antal og årstal: _____		
Aborter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis JA:		
Antal og årstal: _____		
Graviditeter uden for livmoderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis JA:		
Antal og årstal: _____		

OPERATIONER:

	NEJ	JA
Er du opereret i underlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis JA for hvad: _____		
Er du opereret i tarmene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis JA for hvad: _____		

RYGNING, ALKOHOL og MEDICIN:

	NEJ	JA
Ryger du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis JA antal pr. dag: _____		
Drikker du alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis JA antal pr. uge: _____		
Tager du fast medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis **JA** vil vi bede dig notere navn på præparat samt dosis:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

MRSA

	NEJ	JA
Har du MRSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tidligere haft MRSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en fra din husstand haft direkte eller indirekte kontakt med svin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du indenfor de sidste 6 måneder:		
- Haft kontakt med en person, som er positiv for MRSA?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Været i behandling på et sygehus eller klinik i udlandet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har arbejdet i en svinestald, bedes du gå til egen læge og blive podet for MRSA!

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

ÆGDONORS UNDERSKRIFT