

## Spørgeskema til donoraspiranter

*Spørgeskemaet afleveres før lægeundersøgelsen. Husk at medbringe billede ID (pas, kørekort, eller lign.) samt straffeattest.*

Donor Nr.: \_\_\_\_\_ (udfyldes af Cryos)

Navn: \_\_\_\_\_

Fødselsår: \_\_\_\_\_

Er du ansat ved nogen af Cryos' afdelinger? ja \_\_\_ nej \_\_\_

Race: \_\_\_\_\_  
(”kaukasisk”, ”afrikansk”, ”latin-amerikansk”, ”asiatisk”, ”mellemøstlig”, eller en kombination af disse)

Etnicitet: \_\_\_\_\_  
(f.eks. ”dansker”, ”somalier”, ”franskmand”, ”inder”, ”mexicaner”, ”koreaner”, osv.)

Hvis anden etnisk baggrund end ”dansk”, angiv forældres etnicitet:

Far: \_\_\_\_\_ (f.eks. ”Mellemøsten/Iran”)

Mor: \_\_\_\_\_ (f.eks. ”Koreaner”)

Højeste afsluttede uddannelse: \_\_\_\_\_

Evt. igangværende uddannelse: \_\_\_\_\_

Evt. nuværende erhverv: \_\_\_\_\_

Har du en ren straffeattest? ja \_\_\_ nej \_\_\_

Har du nogensinde fået blodtransfusion? ja \_\_\_ nej \_\_\_

Indtager du dagligt medicin? ja \_\_\_ nej \_\_\_

Hvis ja, angiv hvilken? \_\_\_\_\_  
(f.eks. astmamedicin, midler mod epilepsi, osv.)

Har du tidligere været behandlet med:	psykofarmaka	ja ___	nej ___
	væksthormon	ja ___	nej ___
	bløderpræperat	ja ___	nej ___

Har du haft:	chlamydia	ja ___	nej ___
	kønsvorter	ja ___	nej ___
	herpes	ja ___	nej ___
	gonoré	ja ___	nej ___

syfilis ja \_\_\_ nej \_\_\_

Har du været opereret: ja \_\_\_ nej \_\_\_

Hvis ja - for hvad: \_\_\_\_\_

Har du allergi: ja \_\_\_ nej \_\_\_

Hvis ja – for hvad: \_\_\_\_\_

Har du, eller har du haft:	astma	ja ___	nej ___
	kræft	ja ___	nej ___
	hjertesygdom	ja ___	nej ___
	nyresygdom	ja ___	nej ___
	sukkersyge	ja ___	nej ___
	gulsot	ja ___	nej ___
	hudsygdom	ja ___	nej ___
	blodtryksforhøjelse	ja ___	nej ___
	feberkræmper som barn	ja ___	nej ___
	epilepsi, kramper	ja ___	nej ___
	anden langvarig sygdom	ja ___	nej ___
	sindslidelser	ja ___	nej ___
	hørenedsættelse	ja ___	nej ___
	synsproblemer	ja ___	nej ___
	medfødte misdannelser	ja ___	nej ___
	alkoholforbrug > 21 genstande pr. uge	ja ___	nej ___
	brug af hash, speed, ecstasy, heroin, morfin, mv.	ja ___	nej ___
	piercing	ja ___	nej ___
	tatoveringer	ja ___	nej ___
	brug af ikke lægeordineret medicin til indsprøjtning	ja ___	nej ___

Har nogen i din familie: søskende eller deres børn, far, farfar, farmor, farbrødre, fastre, mor, morfar, mormor, morbrødre, mostre, fætre, kusiner eller deres børn lidt af en eller flere af nedenstående sygdomme eller misdannelser:

Down´s syndrom (mongolisme)	ja ___	nej ___
Rygmarvsbrøk	ja ___	nej ___
Læbe - og/eller ganespalte	ja ___	nej ___
Klumpfod	ja ___	nej ___
Medfødt hjertefejl	ja ___	nej ___
Hjertesygdom	ja ___	nej ___
Cystisk fibrose (arvelig lungesygdom)	ja ___	nej ___
Mave-tarmsygdom	ja ___	nej ___
Nyresygdom	ja ___	nej ___
Sukkersyge (insulinkrævende)	ja ___	nej ___
Sukkersyge (ikke insulinkrævende)	ja ___	nej ___
Grå stær (før 40-års alderen)	ja ___	nej ___
Nedsat hørelse (døvhed) før 5-års alderen	ja ___	nej ___
Nedsat muskelkraft eller ændret muskelkoordination	ja ___	nej ___
Skizofreni (ungdomssløvsind)	ja ___	nej ___

Manio-depressiv sygdom ja \_\_\_ nej \_\_\_  
Sygdom med rystelser ja \_\_\_ nej \_\_\_  
Senilitet før 60-års alderen ja \_\_\_ nej \_\_\_

Et eller flere tilfælde af tidlig død i din familie (blodprop  
i hjerte, hjerneblødning, kræft, etc.) ja \_\_\_ nej \_\_\_

Oplysninger om:

Farfar alder \_\_\_\_\_ Rask ja \_\_\_ nej \_\_\_  
Hvis død alder ved død \_\_\_\_\_ dødsårsag \_\_\_\_\_

Farmor alder \_\_\_\_\_ Rask ja \_\_\_ nej \_\_\_  
Hvis død alder ved død \_\_\_\_\_ dødsårsag \_\_\_\_\_

Far alder \_\_\_\_\_ Rask ja \_\_\_ nej \_\_\_  
Hvis død alder ved død \_\_\_\_\_ dødsårsag \_\_\_\_\_

Morfar alder \_\_\_\_\_ Rask ja \_\_\_ nej \_\_\_  
Hvis død alder ved død \_\_\_\_\_ dødsårsag \_\_\_\_\_

Mormor alder \_\_\_\_\_ Rask ja \_\_\_ nej \_\_\_  
Hvis død alder ved død \_\_\_\_\_ dødsårsag \_\_\_\_\_

Mor alder \_\_\_\_\_ Rask ja \_\_\_ nej \_\_\_  
Hvis død alder ved død \_\_\_\_\_ dødsårsag \_\_\_\_\_

Søskende/egne børn: Rask(e) ja \_\_\_ nej \_\_\_

Har du haft seksuelt samkvem med anden mand ja \_\_\_ nej \_\_\_

Har du haft seksuelt samkvem med prostitueret ja \_\_\_ nej \_\_\_

Har du haft seksuelt samkvem med kvinde du ved eller tror  
er HIV positiv ja \_\_\_ nej \_\_\_

Har du indenfor de seneste 12 måneder haft samleje uden  
anvendelse af kondom med anden end fast partner ja \_\_\_ nej \_\_\_

Dato \_\_\_\_\_ Donoraspirantens underskrift \_\_\_\_\_

Udfyldes af lægen ved modtagelse:

Dato \_\_\_\_\_ Læge \_\_\_\_\_