VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

HÄLSODEKLARATION för bendonator

VÄVNADSINRÄTTNINGEN FÖR BEN I VGR

Patientnamn: .....

Personnummer: .....

Sjuksköterskans underskrift
Intervju och kontroll av godkänd legitimation utförd av /namn:.....

Ssk sign: .....

Godkännande och provsvar ifylls av vårdpersonal					
Donator godkänd/benvävnad kan tillvaratas: ☐ JA ☐ NEJ					
Medicinsk ansvarig benbanksläkares underskrift: Datum:					
Provsvar Datum för provtagning:	HB	LPK	SR	CRP	Provsvar godkända för bendonation: ☐ JA ☐ NEJ
Läkares underskrift på mottagningen för provsvar och hälsodeklaration: Datum:					

PATIENTFRÅGOR-HÄLSODEKLARATION FÖR BENDONATOR

Frågorna nedan har betydelse för dig och för den som får ditt ben. Fråga gärna om något är oklart.

1	Har någon i familjen haft Creutzfeldt-Jakobs sjukdom?	☐ JA ☐ NEJ
2	Har någon nära anhörig eller annan nära kontakt haft tuberkulos eller kontrollerats pga. Tuberkulos eller MPOX (dvs apkoppsvirus)?	☐ JA ☐ NEJ
Har du pågående eller har du tidigare haft…		
3	Cancer, blodsjukdom eller neurologisk sjukdom?	☐ JA ☐ NEJ
4	Autoimmun sjukdom som påverkar muskel-, sen-, eller benvävnad? Till exempel ledgångsreumatism, systemisk lupus erythematosus (SLE) och psoriasis.	☐ JA ☐ NEJ
5	Pagets sjukdom, osteomyelit (benröta), bisköldkörtelsjukdom eller annan sjukdom som påverkar skelettet	☐ JA ☐ NEJ
6a	Tuberkulos, sarkoidos, eller någon annan långvarig infektion?	☐ JA ☐ NEJ
6b	Har du pågående eller har du tidigare haft borrelia? **Om ”Ja”,** när avslutades din behandling? Datum: ..... Observera att bendonation inte är tillåten vid pågående borrelia.	☐ JA ☐ NEJ
6c	Har du haft bältros? **Om ”Ja”:** När blev du symtomfri? Datum:	☐ JA ☐ NEJ
6d	Har du haft genital herpes? **Om ”ja”:** När blev du symtomfri första gången du insjuknade? Datum: ..... När blev du symtomfri för övriga gånger du insjuknade? Datum:	☐ JA ☐ NEJ
7	Hepatit (gulsot), syfilis, HIV (aidsvirus) eller HTLV I/II infektion eller varit utsatt för smittorisk för dessa sjukdomar?	☐ JA ☐ NEJ
8	Malaria eller annan tropisk sjukdom eller haft oklar feber vid besök i tropiskt område eller fått oklar feber inom 6 månader efteråt?	☐ JA ☐ NEJ

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

HÄLSODEKLARATION för bendonator **VÄVNADSINRÄTTNINGEN FÖR BEN I VGR**

Har du…

9	Blivit vaccinerad mot Hepatit A, Hepatit B? **Om "Ja":** När? Datum: ..... och mot vilken typ av hepatit:	☐ JA ☐ NEJ
10	Har du blivit vaccinerad med andra vaccin än ovanstående de senaste 12 månaderna? **Om "Ja":** När? Datum:..... och mot vad?.....	☐ JA ☐ NEJ
11	Under de senaste 12 månaderna blivit behandlad med läkemedel som påverkar immunförsvaret, t ex kortison eller annan immunhämmande medicin?	☐ JA ☐ NEJ
12	Insulinbehandlad diabetes?	☐ JA ☐ NEJ
13	Fått blodtransfusion de senaste 6 månaderna?	☐ JA ☐ NEJ
14	Blivit behandlad med hormoner från en människas hypofys t.ex. tillväxthormon?	☐ JA ☐ NEJ
15	Mottagit transplantat av organ eller vävnad t.ex. hornhinna, biologisk hjärtklaff?	☐ JA ☐ NEJ
16	Blivit tatuerad, piercad, tagit hål i öronen eller behandlad med akupunktur de senaste 6 månaderna?	☐ JA ☐ NEJ
17	Injicerat eller på annat sätt tagit anabola steroider, narkotika eller liknande preparat?	☐ JA ☐ NEJ
18	Tidigare opererats eller haft infektion i den aktuella höften?	☐ JA ☐ NEJ
19	Vårdats på sjukhus, undersökts, opererats eller fått annan behandling i sjukvården utomlands de senaste 6 månaderna?	☐ JA ☐ NEJ
20	Haft sex med ny partner de senaste 3 månaderna?	☐ JA ☐ NEJ
21	Om du är man, haft sexuellt umgänge med annan man de senaste 6 månaderna?	☐ JA ☐ NEJ
22	Vistats utanför **Norden** de senaste 28 dagarna? Om **Ja, var:**	☐ JA ☐ NEJ
23	Är du född utanför Sverige eller vistats utomlands under en period längre än tre månader? **Om JA var?**	☐ JA ☐ NEJ

Jag anmäler mig för bendonation och intygar:

-att min hälsodeklaration är sanningsenlig
-att jag har förstått informationen om smittämnen som kan överföras med vävnad
-att jag har getts tillfälle att ställa frågor och fått svar

....

Datum **Patientens/ Donators namnteckning**

Revisionshistorik (start efter version 5.1.3)			
Filnamn och version	**Datum**	**Förändring/kommentar**	**Ansvarig**
”Bilaga 513 Hälsodeklaration för bendonator ” version 6	240531	Fråga 2 och fråga 23 tillagda. Blankett synkroniserat mot Vävnadsrådets material Layout ändrad för att förtydliga godkännande delen Filnamn ändrat	Ann Hammarstedt
”Bilaga 513 Hälsodeklaration för bendonator Version 6.1”	241205	Fråga 6 och fråga 9 förtydligad Layout förändringar Förtydligande kring signaturer	Ann Hammarstedt
”Bilaga 513 Hälsodeklaration för bendonator Version 6.2”	250120	Fråga 2, tillagt fråga om MPOX	Ann Hammarstedt