

Hälsodeklaration för besläktad stamcellsdonator Yngre barn

Ja Nej

- Känner Du Dig frisk? Ja Nej
Om inte, vilka besvär har Du?
.....
- Tar Du några mediciner (även naturläkemedel)? Ja Nej
Om ja, vilka?
.....
- Har Du under de 3 senaste månaderna behandlats med antibiotika? Ja Nej
- Har Du någon sjukdom som gör att Du går ofta till doktorn?
Om ja, vilken sjukdom?
.....
- Har Du astma eller någon form av allergi?
Om ja, vad?
.....
- Har Du någon gång fått blod eller blivit transplanterad?
Om ja, vad och när?
.....
- Har Du någon gång opererats för någonting? Ja Nej
Om ja, vilken operation och när?
.....
- Har Du någon gång blivit sövd (fått narkos)? Ja Nej
Om ja, när?
Om ja, har du haft problem i samband med narkosen? Ja Nej
- Har Du någon gång haft en allvarlig sjukdom? Ja Nej
Om ja, vilken sjukdom och när?
.....
- Har Du haft eller har Du någon blodsjukdom eller någon sjukdom i immunsystemet? Ja Nej
Om ja, vilken sjukdom och när?
.....
- Har Du eller har Du haft någon tumörsjukdom? Ja Nej
Om ja, när och vilken sjukdom?
.....

Ja Nej

Finns det i Din familj någon ärftlig sjukdom?
Om ja, vilken sjukdom?

Är Du född i något annat land än Sverige?
Om ja, i vilket?

Har Du bott mer än 3 år utanför Europa?
Om ja, var?

Har Du rest till något land utanför Europa det senaste året?
Om ja, vilket eller vilka länder och när?

Har Du fått alla vaccinationer enligt Barnvårdscentralens schema?

Jag intygar:

- Att min hälsodeklaration är sanningsenlig
- Att jag förstått informationen om smittämnen som kan överföras med blod
- Att jag inte har utsatts för risk för smittämnen som kan överföras med blod
- Att jag fått tillfälle att ställa frågor

—

Donatorns namn och personnummer

_____ Göteborg _____
Ev. Underskrift donator Datum

_____ Göteborg _____
Underskrift vårdnadshavare Datum

_____ Göteborg _____
Underskrift vårdnadshavare Datum

Adress

Telefon