|  |
| --- |
| Donor (etiket) |

Geachte heer, mevrouw,

Deze medische vragenlijst heeft als doel u te screenen als potentiële donor en eveneens ook de patiënt te beschermen die uw stamcellen of lymfocyten zal ontvangen. Uw volledige oprechtheid in het beantwoorden van alle vragen is zeer belangrijk. Uw antwoorden zijn confidentieel.

Lees elke vraag aandachtig en beantwoord ze naar best vermogen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hebt u de informatie gelezen en begrepen, en werden al uw vragen beantwoord? | JA | NEEN |
| Bent u in goede gezondheid? | JA | NEEN |
| Rookt u ?   * Zo ja, aantal per dag: ……………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Drinkt u alcohol?   * Zo ja, hoeveelheid per dag: ……………………………....................................... | JA | NEEN |

Nu volgen meer specifieke vragen over uw gezondheid

**Algemene gezondheidstoestand**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hebt u de laatste maanden een huisarts of specialist geraadpleegd?   * Zo ja, waarom? ……………………………………………………………………… | JA | NEEN |
| Bent u in de laatste 6 maand opgenomen in een ziekenhuis voor een onderzoek, operatie, endoscopie (kijkoperatie) of andere behandeling?   * Zo ja, waarom en wanneer? ……………………………………………………...... | JA | NEEN |
| Hebt u ooit een ernstige of kwaadaardige aandoening (inbegrepen leukemie) of een kwaadaardig gezwel gehad?   * Zo ja, welke, wanneer en beschrijf de behandeling die u gekregen hebt:   ……………………………………………….......................................................... | JA | NEEN |
| Werd er ooit een immunologische of hematologische aandoening bij u vastgesteld?   * Zo ja, welke? ………………………………………………………………………… | JA | NEEN |
| Hebt u ooit een hersenoperatie (craniotomie) ondergaan? | JA | NEEN |
| Neemt u momenteel medicatie, inbegrepen vitamines, kruidenpreparaten of studiemedicatie?   * Zo ja, noteert u de medicatie, dosis en reden van inname:   1/ …………………………………………………………………………………  2/ …………………………………………………………………………………...  3/ …………………………………………………………………........................  4/ …………………………………………………………………………………...  5/ …………………………………………………………………………………...  6/ …………………………………………………….……………………………..  7/ ……………………………………………………...………….........................  8/ …………………………………………………….…………………………….. | JA | NEEN |
| Neemt u sinds 90 dagen of langer corticoïden? | JA | NEEN |
| Nam u de afgelopen 2 jaar het geneesmiddel Neotigason? | JA | NEEN |
| Neemt u immunosuppressiva? | JA | NEEN |
| Hebt u 1 van de volgende symptomen: |  |  |
| * onverklaarbaar gewichtsverlies | JA | NEEN |
| * onverklaarbaar nachtzweten | JA | NEEN |
| * onverklaarbaar aanhoudende diarree | JA | NEEN |
| * onverklaarbaar aanhoudende hoest of kortademigheid | JA | NEEN |
| * onverklaarbaar temperatuurstijging (> 38°C) | JA | NEEN |
| * blijvend gezwollen lymfeklieren | JA | NEEN |
| Hebt u spontane blauwe plekken of neusbloeden? | JA | NEEN |
| Blijft u lang nabloeden na een tandextractie of operatie? | JA | NEEN |
| Hebt u familieleden met een verhoogde bloedingsneiging of tromboseneiging? | JA | NEEN |
| Hebt u een latex- , medicatie- , voedsel- of andere allergie?   * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |
| Heeft u ooit last gehad van huidaandoeningen, zoals eczema of psioriasis.   * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |
| Heeft u ooit last gehad van:   * maag * darmen * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |
| Heeft u suikerziekte:   * Zo ja, hoe wordt dit behandeld? …………………………………………………… | JA | NEEN |
| Heeft u in het verleden neurochirurgie ondergaan? | JA | NEEN |
| Werd u in de voorbije 12 maand behandeld in een urgentie-eenheid, opgenomen in een ziekenhuis of onderging u een chirurgische ingreep?   * Zo ja, toelichting: ………………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Hebt u ooit problemen gehad met algemene of lokale anesthesie?   * Zo ja, verklaar: …………………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Hebben sommige van uw bloedverwanten problemen met anesthesie?   * Zo ja, verklaar: …………………………………………………………………….. | JA | NEEN |

**Hart-, vaat- en nierziekten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hebt u ooit een beroerte, hartinfarct, hartziekte of hartoperatie gehad?   * Zo ja, wat en beschrijf de behandeling die u gekregen hebt:   …………………………………………………………………….............................. | JA | NEEN |
| Hebt u pijn, druk of beklemming op de borst bij inspanning?   * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |
| Hebt u hartkloppingen? | JA | NEEN |
| Bent u kortademig in rust / bij inspanning?   * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |
| Heeft u ooit last gehad van slechte doorbloeding in de benen? | JA | NEEN |
| Hebt u last van een hoge bloeddruk? | JA | NEEN |
| Hebt u een nierziekte? | JA | NEEN |
| Hebt u chronische (nier)dialyse ondergaan? | JA | NEEN |
| Heeft u ooit last gehad van urineweginfecties? | JA | NEEN |

**Luchtwegen en longen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hebt u ooit ademhalingsproblemen ondervonden, inbegrepen astma, hooikoorts, slaapapneu of kortademigheid?   * Zo ja, welke en beschrijf de behandeling die u gekregen hebt: …………………………………………………………………………………………. | JA | NEEN |
| Hebt u of iemand uit uw omgeving ooit tuberculose gehad?   * Zo ja, wanneer: ……………………………………………………………………… | JA | NEEN |
| Heeft u ooit longembolie doorgemaakt? | JA | NEEN |

**Centraal zenuwstelsel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hebt u epilepsie? | JA | NEEN |
| Hebt u een degeneratieve aandoening van het zenuwstelsel (zoals progressieve dementie, ziekte van Alzheimer…) of hebt u een andere neurologische aandoening (zoals multiple sclerose, parkinson…)?   * Zo ja welke? …………………………………………………………………………. | JA | NEEN |
| Hebt u ooit een hersenbloeding of herseninfarct gehad?   * Zo ja, wanneer? ……………………………………………………………………... | JA | NEEN |

**Spieren en gewrichten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hebt u een chronische systemische auto-immuunziekte (zoals chronische reumatoïde artritis of lupus erythematosus,?   * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |
| Hebt u ooit hals- , rug- , heup- of spierproblemen gehad?   * Zo ja, welke en beschrijf de behandeling die u gekregen hebt.   1/……………………………………………………………………………………  2/……………………………………………………………………………………  3/…………………………………………………………………………………… | JA | NEEN |
| Heeft u ooit last gehad van stijve of zwakke gewrichten? | JA | NEEN |
| Heeft u ooit last gehad van beenbreuken? | JA | NEEN |
| Heeft u ooit last gehad van botontkalking? | JA | NEEN |

**Vragen i.v.m. het risico van infectieoverdracht**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Werd er bij u weefsel of ander donor materiaal van menselijke oorsprong (o.a. hoornvlies/cornea, trommelvlies, dura mater (hersenvlies) of weefsel van dierlijke oorsprong (xenogreffe) ingeplant?   * Zo ja, verklaar: ………………………………………………………………………. | JA | NEEN |
| Bent u ooit getransplanteerd met een orgaan of cellen (beenmerg, huid, hart, nieren of lever)?   * Zo ja, verklaar: ………………………………………………………………………. | JA | NEEN |
| Bent u ooit donor geweest van een orgaan, weefsel of cellen?   * Zo ja, verklaar: ………………………………………………………………………. | JA | NEEN |
| Hebt u de voorbije 6 maand bloed, plasma of andere bloedproducten gekregen?   * Zo ja, welke en wanneer? ………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Is u ooit geweigerd om bloed te geven?   * Zo ja, om welke reden? …………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Had of hebt u een bloedstollingprobleem, zoals hemofilie, hebt u ooit stollingsfactoren van menselijke oorsprong gekregen?   * Zo ja, welke en wanneer? ………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Heeft u ooit seksueel contact gehad met iemand met hemofilie? | JA | NEEN |
| Bent u ooit blootgesteld aan één van volgende stoffen: cyanide, lood, kwik of goud?   * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |
| Hebt u het afgelopen jaar: tatoeages, acupunctuur, perforatie van de oorlel, piercing of een scopie laten uitvoeren? (omcirkel wat van toepassing is)   * Zo ja, wanneer?................................................................................................. | JA | NEEN |
| Is de techniek uitgevoerd in een erkende zaak (met licentie)? | JA | NEEN |
| Hebt u in de voorbije 12 maand een prikongeval gehad of bent u in contact geweest met bloed van iemand anders via een wond of beschadigde huid of via de slijmvliezen (vb oog, mond)?   * Zo ja, verklaar: …….………………………………………………………………… | JA | NEEN |
| Hebt u zich het afgelopen jaar verwond aan een gebruikte naald of aan een met bloed bevuild scherp voorwerp?   * Zo ja, wanneer: ……………………………………………………………………… | JA | NEEN |
| Heeft u in het afgelopen jaar drugs ingenomen? | JA | NEEN |
| Had u ooit seksueel contact in ruil voor geld, drugs of andere vorm van betaling? | JA | NEEN |
| **Mannelijke donoren**: had u ooit seksueel contact met een andere man? | JA | NEEN  NVT |
| **Vrouwelijke donoren**: had u ooit seksueel contact met een man die ooit seksueel contact had met een andere man? | JA | NEEN  NVT |
| Had u ooit seksueel contact met iemand geboren of wonende in Afrika of met iemand die verbleven heeft of wonende is in Zuid-Amerika? | JA | NEEN |
| Hebt u de voorbije 4 weken een inenting (vaccinatie) gehad met levend vaccin (polio, herpes zoster, mazelen)?   * Zo ja, welke en wanneer? ................................................................................. | JA | NEEN |
| Hebt u ooit geelzucht (hepatitis) gehad?   * Zo ja, wanneer? ……………………………………………………………………... | JA | NEEN |
| Kwam u de laatste 6 maand in contact met iemand met geelzucht of een andere besmettelijke ziekte?   * Zo ja, wanneer? …………………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Hebt u de laatste 4 maand een tekenbeet gehad? | JA | NEEN |
| Bent u de laatste 6 maand in een gebied geweest waar malariavoorzorgen gewenst zijn?   * Zo ja, waar? ………………………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Hebt u malariapreventie genomen?   * Zo ja, welke medicatie? …………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Hebt u ooit malaria gehad? | JA | NEEN |
| Verbleef u tussen 1980 en 1996 (cumulatief) langer dan zes maand in Groot-Brittannië? | JA | NEEN |
| Heeft u na 1980 in Frankrijk of het Verenigd Koninkrijk bloedproducten gekregen?   * Zo ja, in welk land en wanneer? ……………………………….. | JA | NEEN |
| Verbleef u in de laatste 5 weken in een ander land dan België?   * Zo ja, in welk land? ........................................................................................... | JA | NEEN |
| Verbleef u in de laatste 3 jaar buiten Europa?   * Zo ja, in welk land en wanneer? …………………………………………………… | JA | NEEN |
| Bent u ooit in Centraal of Zuid-Amerika geweest? | JA | NEEN |
| Kwam u mogelijks recent in contact met iemand die verbleef in een risicogebied voor Ebola of Zika?   * Zo ja, wanneer: ……………………………………………………………………… | JA | NEEN |
| Denkt u seksuele contacten gehad te hebben waardoor u het risico loopt op het krijgen van een infectie met het HIV virus? | JA | NEEN |
| Lijdt u aan, of is er een vermoeden van HIV, virale hepatitis B of C of Humaan T-cel Lymfotropic Virus (HTLV)?   * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |
| Hebt u ooit positief getest voor syfilis of een andere geslachtsziekte of werd u ervoor behandeld? | JA | NEEN |
| Bent u ooit met groeihormonen (vóór 1985) of met hypofysehormonen van menselijke oorsprong behandeld?  Zo ja, wanneer en met welke? ……………………………………………………………. | JA | NEEN |
| Lijdt u aan een veralgemeende infectie (veroorzaakt door bacteriën, virussen, schimmels of parasieten)? | JA | NEEN |
| Heeft u ooit Chagas ziekte doorgemaakt en/of een positieve test gehad voor Trypanosoma cruzi? | JA | NEEN |
| Heeft u ooit een infectie doorgemaakt met West Nile Virus? | JA | NEEN |

**Overgevoeligheid**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bent u overgevoelig voor geneesmiddelen, jodium, röntgencontrasten of andere middelen?   * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |

**Familiale anamnese**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Komen er in uw familie erfelijke aandoeningen voor?   * Zo ja welke: ………………………………………………………………………….. | JA | NEEN |
| Hebt u of iemand van uw familie de ziekte van Creutzfeldt-Jacob (dolle koeienziekte) of een variant ervan, Gertsmann-Scheinker of fatale familiale insomnia?   * Zo ja, omcirkel wat van toepassing is. | JA | NEEN |

**Vrouwelijke donoren** (mannelijke donoren: niet van toepassing )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hebt u kinderen?   * Zo ja hoeveel? ………………………………………………………………………. | JA | NEEN |
| Was u zwanger de afgelopen 9 maanden? | JA | NEEN |
| Geeft u borstvoeding? | JA | NEEN |
| Is het mogelijk dat u nu zwanger bent? | JA | NEEN |
| Plant u een zwangerschap in de volgende 6 maand? | JA | NEEN |
| Gebruikt u anticonceptie? | JA | NEEN |

**Algemeen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zijn er nog zaken betreffende uw gezondheid die in deze vragenlijst niet voorkomen en waarvan u denkt dat ze van belang zijn?   * Zo ja, verklaar: ………………………………………………………………………. | JA | NEEN |

Ik verklaar de bovenstaande vragenlijst waarheidsgetrouw beantwoord te hebben.

***Naam en voornaam donor Naam en voornaam geneesheer***

*Rijksregisternummer/ Identiteitskaartnummer:*

*Handtekening Handtekening*

*Plaats: Plaats:*

*Datum: Datum:*