







**Geïnformeerde vrijwillige donatie**

**Nieuwe donor:** Ik heb de brochure "Nuttige informatie voor de donor" en de folder "AIDS-informatie voor bloed-, plasma- en bloedplaatjesgevers" gelezen en begrepen. Ik vertoon geen verhoogd risicogedrag.

**Herdonor:** Ik heb de folder "AIDS-informatie voor bloed-, plasma- en bloedplaatjesgevers" gelezen en begrepen. Ik vertoon geen verhoogd risicogedrag.

Ik ga dus met kennis van zaken akkoord met de donatie, de medische keuring en het onderzoek van mijn bloed op de aanwezigheid van besmettelijke ziekten.

Ik ga ermee akkoord dat ik op de hoogte wordt gebracht indien bij het bloedonderzoek afwijkingen van infectieuze aard worden vastgesteld evenals de dienst Toezicht Volksgezondheid en dit op anonieme wijze zoals voorgeschreven door de wet.

Ik ga ermee akkoord dat bepaalde fracties van mijn donatie kunnen gebruikt worden voor doeleinden die direct in verband staan met transfusie (kwaliteitscontrole, referentiemateriaal) en dat, indien mijn bloed niet voor transfusie geschikt is, het kan gebruikt worden voor wetenschappelijk en epidemiologisch onderzoek. Hetzelfde geldt ook voor reststalen van mijn donatie. In alle gevallen gebeurt dit steeds op anonieme wijze.

Ik heb vragen kunnen stellen en heb de antwoorden begrepen. Het bloedbestemmingsformulier heb ik beantwoord en in de box gestoken.

Ik verklaar dat de door mij verstrekte informatie - Handtekening donor:  
naar mijn beste weten - juist en volledig is.

**VAK VOORBEHOUDEN VOOR DE ARTS**

BD: ..... / .....	Pols: ..... /min	Hb vóór gift: ..... g/dl	Nazicht arm: Ok <input type="checkbox"/> Nok <input type="checkbox"/>	Attest: Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
G: ..... kg	L: ..... cm	Tekens van geelzucht: Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Venapunctie: Li <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/>	

Opmerkingen en aanvragen analyses:

Handtekening arts:	Trigram of stempel arts:
--------------------	--------------------------

MEDISCHE VRAGENLIJST	JA	NEE	DATUM
<b>Actueel:</b>			
1. Voelt u zich goed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Bent u onlangs geweigerd als donor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Hebt u onlangs een arts geraadpleegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Weet u welk gedrag verhoogd risico inhoudt voor ziektes die door bloed worden overgedragen (vb. AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vorbijge week (of sinds uw laatste donatie):</b>			
5. Hebt u een tand laten trekken of een tandverzorging (vb. tandsteenverwijdering) ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vorbijge maand (of sinds uw laatste donatie):</b>			
6. Hebt u geneesmiddelen genomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Hebt u een vaccinatie (inenting) gekregen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vorbijge 4 maanden (of sinds uw laatste donatie):</b>			
8. Hebt u een operatie of een endoscopisch onderzoek (kijkoperatie) ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Hebt u een tatoeage, permanente make-up, mesotherapie (schoonheidsbehandeling met naalden), piercing, oorlelperforatie of acupunctuur laten zetten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Hebt u contact gehad met bloed onder de vorm van een prik-, snij-, spat- of brandwond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Hebt u of had u een nieuwe seksuele partner? Zoja, uit welk land is hij/zij afkomstig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vorbijge 6 maanden (of sinds uw laatste donatie):</b>			
12. Verbleef u de laatste 6 maanden uitsluitend in België?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Hebt u koorts (vanaf 38°C) gehad of bent u ziek (griep, diarree, nasontekening, gewelddadig ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Mevrouw, bent u zwanger of zwanger geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vorbijge 12 maanden (of sinds uw laatste donatie):</b>			
15. Hebt u het afgelopen jaar tekenbeten gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Hebt u of had u een seksuele partner die een seksueel overdraagbare ziekte had of die ooit drugs heeft gespoten of gesnoven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Had u wisselende seksuele partners of had u ooit seks tegen betaling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Hebt u of had u een seksuele partner met hemofilie (stoornis van de bloedstolling)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Had u nauw contact met iemand met geïmporteerd een andere besmettelijke ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Denkt u een teken nodig te hebben om een seksueel overdraagbare ziekte op te sporen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vanaf 1 januari 1989 tot en met 31 december 1996:</b>			
21. Hebt u in totaal 6 maanden of meer verbleven in Groot-Brittannië (Engeland, Wales, Noord-Ierland, Schotland, het eiland Man, Kanaaleilanden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ooit (vanaf uw geboorte tot nu):</b>			
22. Hebt u ooit een ziekte van de longen, het hart, de bloedvaten, het bloed, de nieren, het maag-darmstelsel, de huid, de schildklier, het zenuwstelsel, het beenmerg of het afweersysteem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Hebt u of had u suikerziekte, vallende ziekte, een kwaadaardige ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Hebt u of had u een ernstige vorm van allergie (hooikoorts, astma, huiduitslag ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Hebt u een operatie ondergaan of een ongeval gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Hebt u of had u een systeemziekte of een auto-immuunziekte (reuma, lupus ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Hebt u een hersenoperatie of een transplantatie van hersenvliezen of hoornvlies (afkomstig van een donor) ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Hebt u of iemand in uw familie de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (gehad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Hebt u ooit bloed of bloedproducten ontvangen of een weefseltransplantatie ondergaan? Zoja, in welk land en wanneer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Hebt u of had u ooit hepatitis (leverontsteking met geelzucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Bent u met groeihormoon van menselijke oorsprong behandeld <b>vóór 1989</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Hebt u of had u ooit een geslachtsziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Meneer, had u ooit seks met een man?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Hebt u ooit drugs gespoten of gesnoven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Hebt u of had u ooit malaria of een andere tropische ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. Hebt u langer dan 6 maanden aaneensluitend verbleven in het buitenland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37. Nam u ooit als geneesmiddel Neotigason, Roaccutane, Avodart, Proscar, Lariam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	