

Heilsufarssaga 1 fyrir sæðisgjafa

Nafn:	Kennitala:
Netfang:	Sími/farsími: Má senda SMS? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
Aðsetur: Póstnúmer/staður:	
Hvers vegna vilt þú gerast gjafi?	
Hefur þú áður gefið sæði á annarri meðferðarstöð? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Ef já, tilgreindu stöð: _____ Hvenær: _____	
Augnlitur:..... Hárlitur:..... Húðlitur:..... Hæð:.....cm Þyngd:.....kg	
Hafa orðið þunganir með þínu sæði? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Hvað áttu mörg börn?
Hvenær fæddust börnin?	Fjöldi fósturláta
Hefur eitthvert barnanna verið með meðfæddan sjúkdóm eða þroskahömlun? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	
Ert þú í föstu sambandi núna? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Ertu gift(ur) eða í sambúð? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Ef já, veit maki þinn að þú vilt verða gjafi? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	
Þjóðerni/upprunaland:	Hefur þú búið erlendis?
Núverandi starf/staða:	
Ert þú núna eða hefur þú verið með aðra sjúkdóma (sem kröfðust innlagnar á sjúkrahús eða reglulegs eftirlits)? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Tilgreindu nánar	
Ert þú núna eða hefur þú verið með sjúkdóma í þvagfærum eða kynfærum? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Tilgreindu nánar _____ Hvenær?	
Hefur þú verið með geðsjúkdóm (t.d. geðhvarfasýki, ADHD)? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Hvenær? _____ Lýsing _____ Á það enn við?	

Heilsufarssaga 1 fyrir sæðisgjafa

Hefur þú gengist undir skurðaðgerð?	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Tilgreindu nánar	Hvenær?
Hefur þú fengið blóðtappa?	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Hvenær?	Í hvaða samhengi?
Tekur þú lyf reglulega?	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Tilgreindu nánar	
Ertu með einhver ofnæmi?	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Gegn hverju?	
Reykir þú eða notar munntóbak?	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	
Neytir þú áfengis? Ef já, hversu mikið áfengi drekkur þú á viku?	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Sterkt áfengi (cl)..... Léttvín (cl) Bjór (cl)	
Hefur þú einhvern tíma notað vímuefni?	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Tilgreindu nánar	Hvenær?
Ertu blóðgjafi?	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Hvenær?	Hvar?
Hefur þú á síðustu þremur mánuðum		
stundað kynlíf með nýjum félagi eða með öðrum félagi utan fasts sambands?		
Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		
fengið húðflúr, götun eða nálastungumeðferð?		
Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		
fengið blóðgjöf?		
Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		
dvalið erlendis lengur en þrjár vikur í senn?		
Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Ef já, tilgreindu áfangastað.....		
fengið heilbrigðisþjónustu erlendis?		
Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Ef já, tilgreindu stað.....		
fengið heilbrigðisþjónustu héraðs?		
Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Ef já, tilgreindu ástæðu.....		
fengið bólusetningu?		
Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Ef já, tilgreindu ástæðu.....		

Heilsufarssaga 1 fyrir sæðisgjafa

Sjúkdómar í fjölskyldunni

Ef foreldrar þínir, afar og ömmur eru enn á lífi, hvað eru þau gömul? Eru þau með einhverja sjúkdóma?

Ef þau eru látin, úr hverju létust þau og hvað voru þau gömul þá? Voru þau með einn eða fleiri sjúkdóma?

Á lífi Látin(n)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sjúkdómur móður:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sjúkdómur föður:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sjúkdómurmóðurömmu:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sjúkdómur móðurafa:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sjúkdómur föðurömmu:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sjúkdómur föðurafa: |

Átt þú systkini?

Nei Já

Eru þau heilsuhraust?

Nei Já

Hefur einhver náinn ættingi látist á unga aldri?

Nei Já Hver var dánarorsökin?

Hefur einhver náinn ættingi verið með meðfædda sjúkdóma eða proskahömlun?

Nei Já

Er einhver náinn ættingi með eða hefur haft geðsjúkdóma eða taugasjúkdóma?

Nei Já

Er einhver sjúkdómur sem hefur komið upp hjá mörgum í fjölskyldunni?

Nei Já

Frekari athugasemdir við heilsufarssögu, ef vill:

.....
.....

Þú mátt gjarnan skrifa eitthvað um áhugamál þín:

.....
.....

Með undirskrift minni staðfesti ég að:

- allar upplýsingar sem ég veiti eru samkvæmt bestu vitund
- mér er ljóst að smitsjúkdómar og aðrir sjúkdómar kunni að berast áfram til viðtakanda og hugsanlega barnsins, gegnum gjafakynfrumur
- ég samþykki að meðferðarstöðin fái aðgang að sjúkraskýrslum um mig

.....
Dagsetning

.....
Undirskrift

Heilsufarssaga 1 fyrir sæðisgjafa

Vinsamlegast undirritaðu einnig hverja síðu fyrir sig