

# Donatie van navelstrengbloed

Donatie van navelstrengbloed moet natuurlijk veilig zijn. Daarom vragen we u dit formulier in te vullen. Meer over donatie van navelstrengbloed leest u in de folder 'Donatie van navelstrengbloed' van de Navelstrengbloedbank.

## Wanneer kunt u geen navelstrengbloed doneren?

- Als u niet op de hoogte wilt worden gebracht van uitslagen van bloedonderzoek die in het belang zijn van de gezondheid van u of uw kind.
- Als u niet instemt met opslag van gegevens en bloed van u en uw kind voor onbepaalde tijd.

- Als uw zwangerschap tot stand is gekomen met eiceldonatie of de gegevens van de biologische vader van uw kind onbekend zijn - tenzij sprake is van spermadonatie via een erkende spermabank.
- Als u of de biologische vader van het kind een ziekte of aandoening heeft die via het navelstrengbloed overgedragen kan worden.

## Gegevens aanstaande moeder

Hebt u zich ooit eerder opgegeven als donor voor bloed, navelstrengbloed of beenmerg?  Nee  Ja  
Zo ja, donor ID-nummer:

Voorletters  
Geboortechternaam  
Geboortedatum  
Geboorteplaats  
Geboorteland  
In Nederland sinds

Achternaam biologische vader  
Geboorteplaats  
Geboorteland  
In Nederland sinds

Betreft deze zwangerschap een meerling?  Nee  Ja  
Uitgerekende bevallingsdatum  
Achternaam van het kind  
Naam verloskundigenpraktijk of ziekenhuis

## Adresgegevens

Naam  
Adres  
Postcode  
Woonplaats  
Telefoon privé  
Mobiele telefoon  
Telefoon werk  
Telefoon partner  
E-mail

## Etnische achtergrond van het kind

We willen graag de etnische achtergrond van het kind weten.  
*B.v. Noordwest-Europees (blank), Afrikaans, Aziatisch, Caraïbisch, Noord-Afrikaans (o.a. Marokko), Zuidwest-Aziatisch (o.a. Turkije)*

Wat is de etnische achtergrond van:  
- uzelf  
- uw moeder  
- uw vader  
Wat is de etnische achtergrond van:  
- de biologische vader  
- zijn moeder  
- zijn vader

## In te vullen door Sanquin Navelstrengbloedbank

Datum ontvangst  
 Goedkeuren RTN  
Bijzonderheden ID MD  
 Afkeuren ID UD  
Reden 9007  Nee  Ja  
9207  Nee  Ja

Datum Paraaf

---

## Eerdere zwangerschappen

- 1 Bent u eerder zwanger geweest?**  Nee  Ja Zo nee, ga verder met vraag 4
- 2 Als u eerder zwanger bent geweest, zijn alle zwangerschappen goed verlopen?**  Nee  Ja Zo nee, wat waren de complicaties?
- 3 Zijn uw kinderen gezond?**  Nee  Ja  N.v.t. Zo nee, wat is de aandoening?
- 

## Gezondheid en medische behandelingen

### 4.1 Hebt u tijdens, of tot 3 maanden voor deze zwangerschap:

- a. medicijnen gebruikt?  Nee  Ja Zo ja, welke en wanneer?
- b. een inenting/vaccinatie gehad?  Nee  Ja Zo ja, welke en wanneer?
- 

### 4.2 Hebt u in de laatste 3 jaar voor de zwangerschap acitretine (Neotigason®) of hebt u ooit azathioprine (Imuran®) gebruikt?

Nee  Ja Zo ja, welke?

---

### 5 Hebt u de laatste 4 maanden:

- a. acupunctuur gehad?  Nee  Ja Zo ja, wanneer?
- b. zo ja bij vraag 5a, bent u hierbij behandeld met wegwerpnaalden?  Nee  Ja
- c. tatoeages laten aanbrengen of weghalen?  Nee  Ja Zo ja, wanneer?
- d. oorlelgatjes laten aanbrengen?  Nee  Ja Zo ja, wanneer?
- e. een piercing laten aanbrengen?  Nee  Ja Zo ja, wanneer?
- f. contact gehad met bloed van iemand anders? Bijv. door verwonding aan een gebruikte naald of een met bloed besmeurd scherp voorwerp.  Nee  Ja Zo ja, wanneer?
- g. cocaïne gesnoven?  Nee  Ja Zo ja, wanneer?
- 

### 6 Hebt u de laatste 6 maanden toxoplasmose gehad, of bent u daarmee in aanraking geweest?

Nee  Ja Zo ja, licht toe

---

### 7 Hebt u de laatste 12 maanden de volgende behandelingen ondergaan?

*Vermeld in de toelichting de klachten, het type onderzoek of behandeling en de diagnose.*

- a. een medisch onderzoek  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- b. een (kijk)operatie  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- c. een medische of vruchtbaarheidsbehandeling  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- 

### 8 Hebt u ooit last gehad van, of bent u ooit behandeld voor de volgende aandoeningen?

*Vermeld in de toelichting om welke ziekte het gaat, welke behandeling u hebt ondergaan en het resultaat daarvan.*

- a. een bloedziekte of stollingsstoornis  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- b. (blauwe) plekken zonder stoten of doorbloedende wonden  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- c. een kwaadaardige ziekte  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- d. een erfelijke aandoening  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- e. besmetting met hiv of aids  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- f. (verdenking van) tuberculose  Nee  Ja
- g. een stoornis in de afweer tegen ziekten  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- h. hepatitis (geelzucht, leverontsteking), of bent u daarmee in aanraking geweest  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- i. een geslachtsziekte  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- j. een (ernstige) ziekte, die hier niet is genoemd  Nee  Ja Zo ja, licht toe
- 

### 9 Hebt u ooit:

- a. een transfusie met bloed, plasma of andere bloedproducten gehad?  Nee  Ja Zo ja, wanneer?
- b. behandeling met groeihormoon ondergaan?  Nee  Ja Zo ja, wanneer?
- c. een transplantatie met haar, hoornvlies, hersenvlies, beenmerg, stamcellen, ander weefsel of organen van mens of dier ondergaan?  Nee  Ja
- d. zelf drugs gespoten?  Nee  Ja
-

---

## Risicocontacten

### 10 Hebt u de laatste 4 maanden seksueel contact gehad:

- |                                                                                                                                     |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| a. waarvoor u met geld of drugs hebt betaald?                                                                                       | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| b. waarvoor u geld of drugs hebt ontvangen?                                                                                         | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| c. met iemand die ooit drugs heeft gespoten?                                                                                        | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| d. met iemand afkomstig uit een streek waar aids veel voorkomt, zoals Afrika ten zuiden van de Sahara en de Kaapverdische Eilanden? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| e. met iemand die besmet is met hiv (het aidsvirus) of het virus HTLV I/II?                                                         | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| f. met iemand die een geslachtsziekte of hepatitis (geelzucht, leverontsteking) heeft?                                              | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| g. met iemand die hemofilie (bloederziekte) heeft?                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| h. met een man die seksueel contact heeft gehad met een andere man?                                                                 | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |

---

## Buitenlands verblijf en bijzondere ziekten

11 Hebt u tijdens de zwangerschap malariaprofylaxe gebruikt?  Nee  Ja Zo ja, welke en wanneer bent u gestopt?

12 Hebt u de laatste 12 maanden inentingen gehad vanwege een bezoek aan het buitenland?

- Nee  Ja Zo ja, welke en wanneer?  
Had u bijwerkingen?

### 13 Hebt u:

- a. de laatste 6 maanden een land buiten Europa bezocht?  
*Rusland, Turkije, Cyprus, Madeira, de Azoren en de Canarische Eilanden* worden beschouwd als landen buiten Europa.  Nee  Ja Zo ja, welk land, welke plaats en wanneer?
- b. zo ja bij vraag 13a, hebt u ooit langer dan 6 maanden aaneengesloten buiten Europa gewoond of verbleven?  Nee  Ja Zo ja, welk land, welke plaats en wanneer?
- c. de afgelopen 4 weken een overnachting gehad in een Europees land anders dan Nederland, België of Luxemburg?  Nee  Ja Zo ja, welk land, welke plaats en wanneer?

14 Hebt u ooit malaria of een andere tropische of bijzondere besmettelijke ziekte gehad?

- Nee  Ja Zo ja, welke ziekte en wanneer?

15 Komt de ziekte van Creutzfeldt-Jakob in uw familie voor, of in de familie van de biologische vader van de baby?

- Nee  Ja Zo ja, bij wie?

16 Bent u tussen 01-01-1980 en 31-12-1996 bij elkaar opgeteld 6 maanden of langer in het Verenigd Koninkrijk geweest?

*Dit omvat: Engeland, Wales, Noord-Ierland, Schotland, het eiland Man en de Kanaaleilanden.*

- Nee  Ja

---

## Gezondheid van de biologische vader

17 Heeft de biologische vader van uw kind de volgende aandoeningen?

*Vermeld in de toelichting om welke ziekte het gaat, welke behandeling hij heeft ondergaan en het resultaat daarvan.*

- |                                                    |                                                          |                  |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------|
| a. een bloedziekte of stollingsstoornis            | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | Zo ja, licht toe |
| b. een erfelijke ziekte                            | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | Zo ja, licht toe |
| c. een (ernstige) ziekte, die hier niet is genoemd | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | Zo ja, licht toe |
| d. aids of een hiv-besmetting                      | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | Zo ja, licht toe |

18 Heeft de biologische vader van de baby:

- |                                                                   |                                                          |                         |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|
| a. de laatste 6 maanden voor de zwangerschap medicijnen gebruikt? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | Zo ja, welke en wanneer |
| b. ooit azathioprine (Imuran®) gebruikt?                          | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |                         |

---

## Gezondheid van familie en gezin

### 19 Komen, voor zover u weet, de volgende aandoeningen voor in uw familie of gezin? Of in de familie of het gezin van de biologische vader van uw kind?

Vermeld in de toelichting om welke ziekte het gaat, bij welk familie- of gezinslid de ziekte is geconstateerd, welke behandeling deze persoon heeft ondergaan en het resultaat daarvan.

a. een bloedziekte of stollingsstoornis	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, licht toe
b. een erfelijke ziekte	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, licht toe
c. aangeboren stofwisselingsziekten die zich meestal openbaren op kinderleeftijd	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, licht toe
d. erfelijke stoornissen in de afweer tegen infectie	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, licht toe
e. een (ernstige) ziekte, die hier niet is genoemd	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, licht toe

---

## Diversen

### 20 Zijn u en de biologische vader van het kind bloedverwanten van elkaar?

Nee  Ja Zo ja, wat is de relatie?

### 21 Is er andere informatie van belang voor de donatie van navelstrengbloed, die niet aan de orde is geweest?

Nee  Ja Zo ja, licht toe

---

## Verklaring en ondertekening

Ik heb de folder 'Donatie van navelstrengbloed' gelezen en begrepen. Ik heb vragen kunnen stellen aan de verloskundig hulpverlener en/of de Sanquin Navelstrengbloedbank en mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.  Nee  Ja

Ik geef geheel vrijwillig toestemming aan de Sanquin Navelstrengbloedbank om navelstrengbloed af te nemen en dit beschikbaar te stellen voor de behandeling van patiënten. Ik begrijp dat ik hierdoor zelf geen aanspraak kan maken op het product.  Nee  Ja

Ik ga ermee akkoord dat mijn bloed dat rond de bevalling wordt afgenomen en het navelstrengbloed onderzocht worden op (besmettelijke) ziekten die van belang zijn voor de ontvangende patiënt.  Nee  Ja

Ik heb begrepen dat Sanquin wettelijk verplicht is om de GGD in te lichten als een meldingsplichtige infectieziekte zoals hepatitis (geelzucht) in het bloed wordt gevonden.  Nee  Ja

Ik ga ermee akkoord dat ik op de hoogte word gesteld als er afwijkingen blijken uit de keuring of het bloedonderzoek die voor mijn gezondheid of de gezondheid van mijn kind van essentieel belang kunnen zijn.  Nee  Ja

Ik ga ermee akkoord dat de gegevens en bloedmonsters van mij en van mijn kind voor onbepaalde tijd worden bewaard.  Nee  Ja

Als het navelstrengbloed niet in aanmerking komt voor de behandeling van patiënten, stem ik er mee in dat het gedoneerde bloed gebruikt wordt voor wetenschappelijk onderzoek in erkende onderzoeksinstituten:

a. Al het wetenschappelijk onderzoek zoals in de folder wordt beschreven, behalve voor het maken van cellijnen.  Nee  Ja

b. Al het wetenschappelijk onderzoek zoals in de folder wordt beschreven, inclusief het maken van cellijnen die oneindig kunnen blijven delen en vermenigvuldigen en dus in principe onsterfelijk zijn.  Nee  Ja

Alle gegevens over u en uw kind en de uitslagen van testen op bloed en navelstrengbloed worden strikt vertrouwelijk behandeld. De gegevens zijn alleen toegankelijk voor de door Sanquin Navelstrengbloedbank aangewezen medewerkers en voor wettelijke instanties waar Sanquin aan moet rapporteren.

Ik verklaar dat alle door mij verstrekte informatie naar beste weten waarheidsgetrouw is.

Datum

Handtekening

---

### In te vullen door verloskundige of arts

Naam

Praktijk/ziekenhuis

Datum

Paraaf