

Wacht na donatie 12 uur met werk of hobby's waarbij flauwvallen een gevaar voor uzelf of anderen kan opleveren. Wilt u ons snel inlichten als er binnen 6 maanden na donatie sprake blijkt te zijn geweest van een infectierisico ten tijde van de donatie of zich verschijnselen van een besmettelijke ziekte hebben voorgedaan?

Plak hier het EIN

Vorige bloeddonatie

- Bent u bij de vorige keuring goedgekeurd? Nee Ja **A6**
Ging de vorige bloeddonatie goed? Nee Ja **A8**

Gezondheid en medische behandelingen

- Hebt u sinds de vorige bloedafname:
- gezondheidsklachten gehad? Nee Ja **C8**
 - een huisarts of specialist geraadpleegd? Nee Ja **C3**
 - koortsende ziekte/perioden met koorts gehad? Nee Ja **C9**
 - een medische behandeling, medisch onderzoek of (kijk)operatie ondergaan? Nee Ja **D2**
 - medicijnen gebruikt of een inenting gehad? Nee Ja **J4**
- Hebt u nu ergens een wond of ontsteking? Nee Ja **G1**
Hebt u de laatste 4 dagen pijnstillers gebruikt? Nee Ja **I2**
Bent u de laatste 7 dagen bij tandarts of mondhygiëniste geweest? Nee Ja **G3**
Hebt u de laatste 6 maanden:
- acupunctuur gehad? Nee Ja **M1**
 - tatoeages laten aanbrengen of weghalen? Nee Ja **M2**
 - oorlelgatjes of een piercing laten aanbrengen? Nee Ja **M3**
 - contact gehad met bloed van iemand anders? Nee Ja **N4**
- Bijvoorbeeld door verwonding aan een gebruikte naald of een met bloed besmeurd scherp voorwerp.*
- Hebt u de laatste 12 maanden drugs gesnoven? Nee Ja **L1**
Hebt u de afgelopen 3 jaar acitretine (Neotigason®), dutasteride (Avodart®, Combodart®), finasteride (Propecia®, Proscar®) of isotretinoïne (Curacne®, Roaccutane®) gebruikt? Nee Ja **J6**
Hebt u ooit:
- een bloedtransfusie gehad? Nee Ja **N6**
 - behandeling met groeihormoon ondergaan? Nee Ja **T5**
 - een transplantatie ondergaan met haar, hoornvlies, hersenvlies of ander weefsel? Nee Ja **T6**
 - zelf drugs gespoten? Nee Ja **M4**
- Vrouwen:** bent u zwanger geweest na de laatste bloeddonatie? Nee Ja **F3**
Bent u nu zwanger? Nee Ja **F3**
Donors ouder dan 60: hebt u wel eens:
- pijn/beklemming op de borst bij inspanning? Nee Ja **E1**
 - last van kortademigheid? Nee Ja **E2**
 - pijnlijke benen bij het lopen of dikke voeten? Nee Ja **E3**
 - een wegraking of beroerte gehad? Nee Ja **E4**

Risicocontacten

- Hebt u ooit seksueel contact gehad waarvoor u geld of drugs hebt ontvangen? Nee Ja **R2**
Hebt u de laatste 12 maanden seksueel contact gehad:
- waarvoor u met geld of drugs heeft betaald? Nee Ja **R3**
 - met iemand die ooit drugs heeft gespoten? Nee Ja **R1**
 - met iemand afkomstig uit een streek waar AIDS veel voorkomt, zoals Afrika ten zuiden van de Sahara en de Kaapverdische Eilanden? Nee Ja **P3**
 - met iemand die besmet is met HIV (*het AIDS-virus*) of het virus HTLV I/II? Nee Ja **P1**
 - met iemand die een geslachtsziekte of hepatitis (*geelzucht, leverontsteking*) heeft? Nee Ja **P2**
 - met iemand die een bloederziekte (*bijvoorbeeld hemofilie*) heeft? Nee Ja **Q4**
- Mannen:** hebt u ooit seksueel contact gehad met een man? Nee Ja **Q1**
Vrouwen: hebt u de laatste 12 maanden seksueel contact gehad met een man die seksueel contact heeft gehad met een andere man? Nee Ja **Q2**
- ### Buitenlands verblijf en bijzondere ziekten
- Hebt u de afgelopen 3 jaar een land buiten Europa bezocht? Nee Ja **U1**
Zo ja, hebt u ooit 6 maanden of langer aaneengesloten buiten Europa gewoond of verbleven? Nee Ja
Hebt u ooit malaria of een andere tropische of bijzondere besmettelijke ziekte gehad? Nee Ja **U2**
Komt de ziekte van Creutzfeldt-Jakob in uw familie voor? Nee Ja **T1**
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 **T4**
Hebt u de afgelopen 6 maanden een Europees land buiten de Benelux (België, Nederland en Luxemburg) bezocht? Nee Ja **Y1**

Verklaring en ondertekening

Ik heb het voorlichtingsmateriaal gelezen en begrepen, ik heb vragen kunnen stellen aan Sanquin en mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Nee Ja

Ik geef toestemming voor de donatie en ik ga ermee akkoord dat ik medisch word gekeurd, dat mijn bloed wordt onderzocht op besmettelijke ziekten, en dat mijn bloed niet voor transfusie wordt gebruikt indien de keuring of het bloedonderzoek daartoe aanleiding geven.

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

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 van essentieel belang zijn. Nee Ja

Ik ga ermee akkoord dat eventueel een deel van mijn bloed en/of mijn geanonimiseerde gegevens uit het bloedbankinformatiesysteem worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek om de bloedvoorziening zo effectief en veilig mogelijk te maken en dat ik er van op de hoogte word gesteld als bij het wetenschappelijk onderzoek afwijkingen worden gevonden die voor mijn gezondheid van essentieel belang zijn. Nee Ja

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

Datum _____

Handtekening donator _____

Gegevens donator

Donatiegegevens

Gegevens voorgaande donaties

Plak hier het EIN

Keuring *In te vullen door Sanquin*

Hemoglobine (mmol/l)		Bloeddruk (mmHg)	
Lichaamsgewicht	kg	Lichaamslengte	cm
Pols	<input type="checkbox"/> Regulair <input type="checkbox"/> Irregulair	Polsfrequentie	
Bijzonderheden anamnese	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet verricht	<input type="checkbox"/> Ja, licht toe	
Overleg/consult	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, licht toe	Paraaf arts	
Keuringsresultaat	<input type="checkbox"/> Goedgekeurd <input type="checkbox"/> Tijdelijk afgekeurd, vermeld code en einddatum <input type="checkbox"/> Definitief afgekeurd, vermeld code		
Paraaf medewerker/arts <i>Keuring</i>	Attentie-etiket	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	

Afname

Resultaat afname	<input type="checkbox"/> Goed (-) <input type="checkbox"/> Mislukt (M) <input type="checkbox"/> Onvolledig (O) <input type="checkbox"/> W	
Complicatie	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, vermeld code	
Paraaf medewerker <i>Afhandeling afname</i>		

Aantekeningen

Eindcontrole

Paraaf medewerker <i>Controle</i>	Paraaf arts
-----------------------------------	-------------