

Bloed- en plasmadonatie
Trouwe donor

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 12 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 donaties

Hebt u last gehad van uw vorige donatie? Nee Ja **A9**

Gezondheid en medische behandelingen

Hebt u sinds de laatste keuring:

- 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 operatie ondergaan? Nee Ja **D2**

- medicijnen gebruikt? Nee Ja **J7**

- een inenting/vaccinatie gehad? Nee Ja **K1**

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 mondhygiënist geweest? Nee Ja **G3**

Hebt u de laatste 4 maanden:

- een kijkoperatie of kijkonderzoek (endoscopie) ondergaan? Nee Ja **D4**

- acupunctuur gehad? Nee Ja **M1**

- tatoeages laten aanbrengen of weghalen? Nee Ja **M2**

- oorlelgaatjes 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 2 jaar medicijnen gebruikt om hiv-infectie te voorkomen, zoals PrEP of PEP? Nee Ja **Q7**

Hebt u de laatste 3 jaar finasteride (Propecia®, Proscar®), dutasteride (Avodart®, Combodart®), acitretine (Neotigason®) of isotretinoïne (Curacne®, Roaccutane®) gebruikt? Nee Ja **J6**

Hebt u ooit:

- een transfusie van bloed, plasma of andere bloedproducten gehad? Nee Ja **N6**

- een transplantatie ondergaan met hoornvlies, hersenvlies, bot of ander weefsel? Nee Ja **T6**

Vrouwen jonger dan 50 jaar: Bent u zwanger geweest sinds de laatste keuring? Nee Ja **F3**

Bent u nu zwanger? Nee Ja **F3**

Donors 60 jaar en ouder: 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**

Risicofactoren

Hebt u sinds de laatste keuring drugs gespoten of gesnoven? Nee Ja **M5**

Hebt u de laatste 4 maanden seksueel contact gehad:

- waarvoor u met geld of drugs hebt betaald? Nee Ja **R3**

- waarvoor u geld of drugs hebt ontvangen? Nee Ja **R5**

- 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 Kaapverdise 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 SOA (geslachtsziekte) of hepatitis (geelzucht, leverontsteking) heeft? Nee Ja **P2**

Hebt u de laatste 4 maanden seksueel contact gehad met een nieuwe partner? Nee Ja **Q9**

Hebt u de laatste 4 maanden seksueel contact gehad met meerdere partners? Nee Ja **Q8**

Buitenlands verblijf en bijzondere ziekten

Komt de ziekte van Creutzfeldt-Jakob in uw familie voor? Nee Ja **T1**

Hebt u sinds de laatste keuring malaria of een andere tropische of bijzondere infectieziekte gehad? Nee Ja **U5**

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 4 weken een overnachting gehad in een Europees land anders dan Nederland, België of Luxemburg? Nee Ja **Y1**

Hebt u sinds de laatste keuring een land buiten Europa bezocht? Rusland, Turkije, Cyprus, Madeira, de Azoren en de Canarische Eilanden worden beschouwd als landen buiten Europa. Nee Ja **U6**

Zo ja, bent u ooit in uw leven een aaneengesloten periode van 6 maanden of langer buiten Europa geweest? Nee Ja

Toestemming

Ik geef toestemming:

- voor de bloeddonatie en dat ik daarvoor medisch gekeurd word;
- dat mijn bloed wordt onderzocht op besmettelijke ziekten;
- 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. Ja Nee

Ik ga ermee akkoord dat:

- een deel van mijn bloed eventueel wordt gebruikt voor onderzoek ter verbetering van de bloedvoorziening en voor patiëntendiagnostiek;
- voor de bloedvoorziening onbruikbare resten van mijn donatie eventueel beschikbaar worden gesteld voor medisch-wetenschappelijk onderzoek in het algemeen, voor onderwijs of voor kwaliteitstesten van diagnostische of medische hulpmiddelen;
- ik op de hoogte word gesteld als bij het onderzoek afwijkingen worden gevonden die voor mijn gezondheid van essentieel belang zijn. Ja Nee

Voor informatie over de opslag en het delen van persoonsgegevens verwijzen we u naar de privacyverklaring van Sanquin op sanquin.nl/privacy

Verklaring

Ik verklaar dat:

- ik bekend ben met de inhoud van de informatiefolder over risicofactoren, dat ik daarover vragen heb kunnen stellen en dat deze naar tevredenheid zijn beantwoord.
- ik begrijp dat mijn bloed niet wordt gebruikt indien de keuring of het bloedonderzoek daartoe aanleiding geven.
- ik begrijp dat Sanquin wettelijk verplicht is om de GGD in te lichten als een meldingsplichtige infectieziekte zoals hepatitis (geelzucht) in mijn bloed wordt gevonden.
- alle door mij verstrekte informatie naar beste weten waarheidsgetrouw is.

Datum _____

Handtekening donor _____

Gegevens donor

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"/> Regulier	<input type="checkbox"/> Irregulier	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 Keuring

Afname

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

Aantekeningen

Eindcontrole

Paraaf medewerker Controle _____ Paraaf arts _____