

LEIDRAAD Vragenlijst voor de keuring van een stamcel- / lymfocytendonor

Naam arts:	
Datum donorkeuring:	

Ruimte voor donorgegevens

***Svp doorhalen wat niet van toepassing is.**

	Algemene inventarisatie		Toelichting
1	Voelt u zich gezond?	Ja / Nee*	Zo nee: waarom niet?
2	Heeft u de laatste 6 maanden een huisarts of medisch specialist bezocht?	Ja / Nee*	Indien ja: waarom?
3	Bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis voor een operatie, onderzoek of andere medische behandeling?	Ja / Nee*	Indien ja: waarvoor en wanneer?
4	Heeft u wel eens complicaties of bijwerkingen van een medische behandeling of narcose gehad?	Ja / Nee*	Indien ja: welke en wanneer?
5	Heeft u ooit een kwaadaardige ziekte gehad?	Ja / Nee*	Indien ja: welke en wanneer?
6	Gebruikt u medicijnen al dan niet voorgeschreven door een arts, of verkrijgbaar zonder recept (inclusief (voedings)supplementen)?	Ja / Nee*	Indien ja: welke en in welke dosering?
Endocriene stoornissen			
7	Heeft u last van opvallende dorst?	Ja / Nee*	
8	Heeft u last van perioden van koorts?	Ja / Nee*	
9	Heeft u last van nachtzweeten?	Ja / Nee*	
10	Heeft u diabetes (suikerziekte), een schildklierziekte of chronische darmontsteking of ernstige oogontsteking (gehad)?	Ja / Nee	

Stollingsstoornissen			
11	Heeft u last van spontane blauwe plekken of bloedneuzen?	Ja / Nee*	
12	Heeft u last van lang nabloeden na een tandextractie of operatie?	Ja / Nee*	
13	Heeft u ooit een trombose of longembolie (stolsel in long) gehad?	Ja / Nee*	
14	Heeft u familieleden met een verhoogde bloedingsneiging of tromboseneiging?	Ja / Nee*	
Huidziekten			
15	Heeft u (ooit) een huidziekte (gehad) zoals psoriasis of vitiligo?	Ja/Nee	
16	Heeft u op dit moment steenpuisten of pijnlijke zwellingen?	Ja/Nee	
Hart- en vaatziekten			Toelichting
17	Heeft u pijn, druk of beklemming op de borst bij inspanning of heftige emotie?	Ja / Nee*	
18	Is er weleens een ECG (hartfilmpje) gemaakt?	Ja / Nee*	Zo ja: voor klachten of keuring?
19	Bent u wel eens flauwgevallen?	Ja / Nee*	
20	Heeft u last van hartkloppingen?	Ja / Nee*	
21	Bent u kortademig in rust?	Ja / Nee*	
22	Bent u kortademig bij inspanning?	Ja / Nee*	
23	Bent u kortademig bij platliggen?	Ja / Nee*	
24	Heeft u last van vocht bij de voeten, enkels of benen?	Ja / Nee*	
25	Moet u 's nachts plassen?	Ja / Nee*	Zo ja, hoe vaak moet u gemiddeld 's nachts plassen?
26	Heeft u pijn in de kuiten bij het lopen?	Ja / Nee*	
27	Heeft u een hoge bloeddruk of wordt u hiervoor behandeld?	Ja / Nee*	
28	Heeft u zelf ooit hart- en/of vaatproblemen gehad? Bijvoorbeeld hartinfarct, beroerte, of iets anders?	Ja / Nee*	
Luchtwegen en longen			Toelichting
29	Hoest u, ook als u niet verkouden bent?	Ja / Nee*	
30	Bent u meer dan 2x per jaar verkouden?	Ja / Nee*	
31	Heeft u last (gehad) van astma, (chronische) bronchitis, emfyseem of COPD?	Ja / Nee*	
32	Heeft u wel eens een longontsteking doorgemaakt?	Ja / Nee*	
33	Heeft u of iemand in uw omgeving tuberculose gehad of bent u hiervoor ooit getest?	Ja / Nee*	

Maag- darmkanaal			Toelichting
34	Hoe is uw eetlust?	Goed/ Slecht*	
35	Volgt u een dieet?	Ja / Nee*	
36	Heeft u problemen met (ver)slikken?	Ja / Nee*	
37	Zakt het voedsel goed na het eten?	Ja / Nee*	
38	Heeft u wel eens last van zuurbranden, boeren, misselijkheid en/of braken?	Ja / Nee*	Indien ja: wat?
39	Heeft u last van maagpijn?	Ja / Nee*	
40	Heeft u last van buikpijn?	Ja / Nee*	
41	Is uw ontlastingspatroon regelmatig?	Ja / Nee*	
42	Heeft regelmatig last van diarree?	Ja / Nee*	
43	Heeft u last van bloed of slijm bij de ontlasting?	Ja / Nee*	
44	Heeft u klachten van de gal?	Ja / Nee*	
45	Heeft u ooit geelzucht gehad?	Ja / Nee*	
Nieren en blaas			Toelichting
46	Heeft u problemen met urineren?	Ja / Nee*	
47	Urineert u met een krachtige straal?	Ja / Nee*	
48	Kunt u de urine ophouden?	Ja / Nee*	
49	Heeft u wel eens bloed bij de urine?	Ja / Nee*	
50	Heeft u last van blaasontstekingen?	Ja / Nee*	Zo ja, hoe vaak per jaar en wanneer was laatste keer?
51	Heeft u last van nierstenen?	Ja / Nee*	
52	Heeft u een nierziekte?	Ja / Nee*	Zo ja, welke?
Voor vrouwelijke donoren			Toelichting
53	Bent u zwanger geweest?	Ja / Nee*	Indien ja: hoe vaak?
54	Heeft u in het verleden een miskraam of abortus doorgemaakt?	Ja / Nee*	
55	Menstrueert u?	Ja / Nee*	Indien nee: sinds wanneer niet meer: Indien ja: datum laatste menstruatie:
56	Gebruikt u anticonceptie?	Ja / Nee*	
57	Bent u nu zwanger?	Ja / Nee*	
Centraal zenuwstelsel			Toelichting
58	Heeft u migraine?	Ja / Nee*	
59	Heeft u last van duizeligheid?	Ja / Nee*	
60	Heeft u epilepsie?	Ja / Nee*	
61	Heeft u een hersenbloeding, herseninfarct, tijdelijke verlamming of verlies van gezichtsvermogen doorgemaakt?	Ja / Nee*	
62	Heeft u een spierziekte, multiple sclerose, polyneuropathie of een andere hersen- of zenuwaandoening (gehad)?	Ja / Nee*	
63	Heeft u klachten bij het kijken, horen, ruiken of proeven?	Ja / Nee*	

Gewrichten			Toelichting
64	Heeft u last van gezwollen, pijnlijke, rode of warme gewrichten?	Ja / Nee*	
65	Heeft u rugklachten?	Ja / Nee*	
66	Heeft u reuma of reumatoïde artritis?	Ja / Nee*	
Vragen gericht op het risico van infectie-overdracht			Toelichting
67	Heeft u ooit een bloedtransfusie gehad?	Ja / Nee*	Indien ja: wat was de reden en wanneer?
68	Heeft u het afgelopen 4 maanden acupunctuur, een tatoeage, fillers, botox, oorlel-perforatie of piercing gehad of een scopie ondergaan?	Ja / Nee*	Indien ja: wat en wanneer?
69	Heeft u zich het afgelopen jaar verwond aan een gebruikte naald of een ander scherp voorwerp dat mogelijk met bloed van een ander besmet kan zijn?	Ja / Nee*	
70	Bent u de laatste 12 maanden gevaccineerd?	Ja / Nee*	Indien ja: wanneer en waar tegen?
71	Heeft u al of niet beroepshalve direct contact met schapen of geiten? Of indirect contact via bijv. kleding?	Ja / Nee*	
72	Bent u werkzaam in de veeteelt?	Ja / Nee*	
73	Bent u buiten Nederland geboren?	Ja / Nee*	Indien ja: waar?
74	Bent u de laatste 12 maanden in het buitenland geweest?	Ja / Nee*	Indien ja: waar en wanneer?

Vervolg vragen gericht op het risico van infectie-overdracht			Toelichting
75	Bent u het afgelopen jaar in een gebied geweest waar malariavoorzorgen gewenst zijn?	Ja / Nee*	
76	Heeft u aansluitend > 6 maanden in een malariagebied gewoond	Ja / Nee*	
77	Heeft u ooit malaria gehad?	Ja / Nee*	
78	Denkt u seksuele contacten gehad te hebben, waardoor u risico loopt op het krijgen van een geslachtsziekte of het HIV virus? Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> - Betaalde seksuele contacten - Mannen die seks hebben met mannen (MSM)-contacten - Seksuele contacten met partners die intraveneus drugs gebruiken - Seksuele contacten met partners afkomstig uit een gebied waar HIV veel voorkomt (Afrika/Zuid Oost-Azië)? 	Ja / Nee*	Indien ja: welke en wanneer voor het laatst?
79	Heeft u de afgelopen 28 dagen seksuele contacten gehad met een persoon die ZIKA ziekte heeft gehad?	Ja / Nee*	
80	Heeft u ooit een weefsel- of orgaantransplantatie ondergaan?	Ja / Nee*	Indien ja: welk orgaan?
81	Bent u ooit behandeld met groeihormoon van menselijke oorsprong?	Ja / Nee*	Indien ja: wanneer?
Genotsmiddelen			Toelichting
82	Rookt u of heeft u ooit gerookt?	Ja / Nee*	Indien ja, hoe lang en hoeveel?
83	Gebruikt u alcohol?	Ja / Nee*	Indien ja, hoeveel consumpties gemiddeld per dag of per week?
84	Gebruikt u drugs (in de vorm van tabletten, roken of injecties) of heeft u deze in het verleden gebruikt?	Ja / Nee*	Indien ja, welke en wanneer voor het laatst?
Overgevoeligheid			Toelichting
85	Bent u allergisch of overgevoelig voor één of meerdere van de volgende zaken? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bepaalde medicijnen of antibiotica <input type="checkbox"/> jodium <input type="checkbox"/> pleisters <input type="checkbox"/> latex <input type="checkbox"/> contrastmiddel <input type="checkbox"/> voedsel <input type="checkbox"/> pollen <input type="checkbox"/> huisdieren <input type="checkbox"/> anders, nl: 	Ja / Nee*	Indien ja voor bepaalde medicijnen of antibiotica, welke?

Sociale situatie		Toelichting
86	Wat voor werk doet u?	
87	Hoe is uw woon- en leefsituatie?	
88	Heeft u kinderen?	
Familie anamnese		Toelichting
89	<p>Komen 1 of meer van de volgende ziekten of symptomen in de familie voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> erfelijke ziektes <input type="checkbox"/> bloedziektes <input type="checkbox"/> verhoogde bloedingsneiging <input type="checkbox"/> tromboseneiging <input type="checkbox"/> hart- en vaatziekten <input type="checkbox"/> hersenbloeding of herseninfarct (beroerte) <input type="checkbox"/> hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> diabetes (suikerziekte) <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> spierziekten <input type="checkbox"/> hersen- en zenuwaandoeningen <input type="checkbox"/> reuma <input type="checkbox"/> schildklierziekte <input type="checkbox"/> chromosomale afwijkingen 	<p>Ja / Nee*</p> <p>Indien ja, welke ziekten en bij wie?</p>
90	<p>Tot slot: Zijn er nog zaken betreffende uw gezondheid die in deze vragenlijst niet aan de orde geweest zijn en waarvan U denkt dat ze wel van belang zijn?</p>	

Ik heb deze vragenlijst naar beste weten en eerlijk beantwoord.

Ik ben op de hoogte dat in het kader van de keuring als potentiële donor aanvullende onderzoeken plaatsvinden, Als hierbij afwijkingen gevonden worden, dan wordt ik erover ingelicht.

Naam donor:.....

Handtekening donor:.....

Datum:.....