

Vragenlijst voor de keuring van een stamcel/lymfocytendonor

LEIDRAAD Vragenlijst voor de keuring van een stamcel-/lymfocytendonor HOVON stamceltransplantatie werkgroep

Naam arts:	
Datum donorkeuring:	

Ruimte voor sticker 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 maanden een huisarts of medisch specialist bezocht?	Ja / Nee*	Indien ja: waarom?
3a	Bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis voor een operatie, onderzoek of andere medische behandeling?	Ja / Nee*	Indien ja: waarvoor en wanneer?
3b	Heeft u ooit een kwaadaardige ziekte gehad?	Ja / Nee*	Indien ja: welke en wanneer?
4	Gebruikt u medicijnen?	Ja / Nee*	Indien ja: welke en in welke dosering?
5	Hoe is uw eetlust?	Goed/ Slecht*	
6	Wat is uw lengte en gewicht?	cm ... kg
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 last van spontane blauwe plekken of bloedneuzen?	Ja / Nee*	
11	Heeft u last van lang nabloeden na een tandextractie of operatie?	Ja / Nee*	
12	Heeft familieleden met een verhoogde bloedingsneiging of tromboseneiging?	Ja / Nee*	

Vragenlijst voor de keuring van een stamcel/lymfocytendonor

Hart- en vaatziekten			Toelichting
13	Heeft u pijn, druk of beklemming op de borst bij inspanning?	Ja / Nee*	
14	Bent u wel eens flauwgevallen?	Ja / Nee*	
15	Heeft u last van hartkloppingen?	Ja / Nee*	
16	Bent u kortademig in rust?	Ja / Nee*	
17	Bent u kortademig bij inspanning?	Ja / Nee*	
18	Bent u kortademig bij platliggen?	Ja / Nee*	
19	Heeft u last van vocht bij de voeten, enkels of benen?	Ja / Nee*	
20	Moet u 's nachts vaak plassen?	Ja / Nee*	
21	Heeft u in het verleden trombose of een embolie (stolsel in de long) gehad?	Ja / Nee*	
22	Heeft u pijn in de kuiten bij het lopen?	Ja / Nee*	
23	Heeft u last van een hoge bloeddruk?	Ja / Nee*	
Luchtwegen en longen			Toelichting
24	Moet u vaak hoesten?	Ja / Nee*	
25	Bent u vaak verkouden (meer dan 2 keer per jaar)?	Ja / Nee*	
26	Heeft u last van astma of bronchitis?	Ja / Nee*	
27	Heeft u wel eens een longontsteking doorgemaakt?	Ja / Nee*	
28	Heeft u of iemand in uw omgeving tuberculose gehad?	Ja / Nee*	
Maag- darmkanaal			Toelichting
29	Heeft u problemen met slikken?	Ja / Nee*	
30	Zakt het eten goed na het eten?	Ja / Nee*	
31	Heeft u wel eens last van zuurbranden, boeren, misselijkheid en/of braken?	Ja / Nee*	Indien ja: wat?
32	Heeft u last van maagpijn?	Ja / Nee*	
33	Heeft u last van buikpijn?	Ja / Nee*	
34	Is uw ontlastingpatroon regelmatig?	Ja / Nee*	
35	Heeft u wel eens last van diarree?	Ja / Nee*	
36	Heeft u last van bloed of slijm bij de ontlasting?	Ja / Nee*	
37	Heeft u klachten van de gal?	Ja / Nee*	
38	Heeft u ooit geelzucht gehad?	Ja / Nee*	
Nieren en blaas			Toelichting
39	Heeft u problemen met urineren?	Ja / Nee*	
40	Urineert u met een krachtige straal?	Ja / Nee*	
41	Kunt u de urine ophouden?	Ja / Nee*	
42	Heeft u wel eens bloed bij de urine?	Ja / Nee*	
43	Heeft u vaak last van blaasontstekingen?	Ja / Nee*	
44	Heeft u last van nierstenen?	Ja / Nee*	
45	Heeft u een nierziekte	Ja / Nee*	

Vragenlijst voor de keuring van een stamcel/lymfocytendonor

Voor vrouwelijke donoren			Toelichting
46	Heeft u kinderen?	Ja / Nee*	Indien ja: hoeveel?
47	Heeft u in het verleden een miskraam of abortus doorgemaakt?	Ja / Nee*	
48	Menstrueert u?	Ja / Nee*	Indien nee: sinds wanneer niet meer: Indien ja: datum laatste menstruatie:
49	Gebruikt u anticonceptie?	Ja / Nee*	
50	Bent u nu zwanger?	Ja / Nee*	
Centraal zenuwstelsel			Toelichting
51	Heeft u migraine?	Ja / Nee*	
52	Heeft u last van duizeligheid?	Ja / Nee*	
53	Heeft u epilepsie?	Ja / Nee*	
54	Heeft u een hersenbloeding, herseninfarct, tijdelijke verlamming of verlies van gezichtsvermogen doorgemaakt?	Ja / Nee*	
55	Heeft u klachten bij het kijken, horen, ruiken of proeven?	Ja / Nee*	
Gewrichten			Toelichting
56	Heeft u last van gezwollen, pijnlijke, rode of warme gewrichten?	Ja / Nee*	
57	Heeft u last van uw rug?	Ja / Nee*	
58	Heeft u last van vroeger doorgemaakte blessures?	Ja / Nee*	
Vragen gericht op het risico van infectie-overdracht			Toelichting
59	Heeft u in het verleden bloedtransfusies gehad?	Ja / Nee*	Indien ja: wanneer de laatste keer?
60	Heeft u het afgelopen jaar acupunctuur, een tatoeage, oorlel-perforatie of piercing gehad of een scopie ondergaan?	Ja / Nee*	Indien ja: wat en wanneer?
61	Heeft u zich het afgelopen jaar verwond aan een gebruikte naald of een met bloed besmeurd scherp voorwerp?	Ja / Nee*	
62	Heeft u de laatste maanden inenting(en) en/of vaccinaties gehad?	Ja / Nee*	
63	Heeft u al of niet beroepshalve direct contact met schapen of geiten? Of indirect contact via bijv. kleding?	Ja / Nee*	
64	Bent u werkzaam in de veeteelt?	Ja / Nee*	
65	Bent u afkomstig uit Zuid- of Centraal America, inclusief Mexico	Ja / Nee*	
66	Bent u de afgelopen 28 dagen in een land geweest buiten noordwest Europa? Zo ja welk(e) land(en) en wanneer?	Ja / Nee*	
67	Bent u in het laatste jaar nog in het buitenland geweest?	Ja / Nee*	Indien ja: waar en wanneer?

Vragenlijst voor de keuring van een stamcel/lymfocytendonor

Vervolg vragen gericht op het risico van infectie-overdracht			Toelichting
68	Heeft u de afgelopen 28 dagen seksuele contacten gehad met een persoon die ZIKA ziekte heeft gehad?	Ja / Nee*	
69	Bent u het afgelopen jaar in een gebied geweest waar malariavoorzorgen gewenst zijn?	Ja / Nee*	
70	Heeft u aansluitend > 6 maanden in een malariagebied gewoond	Ja / Nee*	
71	Heeft u ooit malaria gehad?	Ja / Nee*	
72	Gebruikt u drugs (in de vorm van tabletten, roken of injecties) of heeft u deze in het verleden gebruikt?	Ja / Nee*	Indien ja: wat?
73	Denkt u seksuele contacten gehad te hebben, waardoor u risico loopt op het krijgen van een infectie met het HIV virus (betaalde seks, seks als man met mannen/ seks met intraveneuze druggebruikers, seks met mensen afkomstig uit Afrika/ZO-Azië)?	Ja / Nee*	Indien ja: welke en wanneer?
74	Heeft u ooit een weefsel- of orgaantransplantatie ondergaan?	Ja / Nee*	Indien ja: welk orgaan?
75	Bent u ooit behandeld met groeihormoon van menselijke oorsprong?	Ja / Nee*	Indien ja: wanneer?
Genotsmiddelen			Toelichting
76	Rookt u?	Ja / Nee*	Indien ja: hoeveel?
77	Gebruikt u alcohol?	Ja / Nee*	Indien ja: hoeveel consumpties per dag?
Overgevoeligheid			Toelichting
78	Bent u overgevoelig voor geneesmiddelen, jodium, röntgencontrastmiddelen of andere middelen?	Ja / Nee*	Indien ja: wat?
Sociale situatie			Toelichting
79	Wat voor werk doet u?		
80	Bent u gehuwd of woont u samen?		
Familie anamnese			Toelichting
81	Komen er ziekten in de familie voor als diabetes, kwaadaardige ziekten, hart- en vaatziekten, auto-immuunziekten of de ziekte van Creutzfeldt Jakob?	Ja / Nee*	Indien ja, welke ziekten en bij wie?
82	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?		

Vragenlijst voor de keuring van een stamcel/lymfocytdonor

Ik heb deze vragenlijst naar beste weten beantwoord.

Ik stem ermee in dat mijn bloed wordt getest op hepatitis B (geelzucht), hepatitis C (geelzucht), HIV (aids-virus), syfillis (geslachtsziekte) en HTLV (Human T-cell Lymphotropic Virus).

Wordt bij mij één van deze infecties gevonden dan word ik daarover bericht.

Naam donor:.....

Handtekening donor:.....

Datum:.....

Naam keurend arts:.....

Handtekening arts:.....

Datum:.....