

VERTROUWELIJKE MEDISCHE VRAGENLIJST EN AKKOORD VERKLARING

Lees elke vraag aandachtig en beantwoord ze naar waarheid. Uw veiligheid en die van de ontvanger hangen ervan af.

Onze medewerkers staan op elk ogenblik ter beschikking om uw vragen te beantwoorden. U hebt de mogelijkheid om de bloedgift af te zeggen alvorens deze begint, en u kunt ze op elk ogenblik onderbreken zonder hiervoor een reden te moeten geven.

Kolom
voorbehouden
voor de
onderzoeker

Hebt u de informatie over bloedgift, risicogedrag en via het bloed overdraagbare ziektes ontvangen, gelezen en begrepen?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
A. HEBT U REEDS BLOED, PLASMA OF BLOEDPLAATJES GEGEVEN?			
> Indien ja: is uw laatste gift goed verlopen? Op welke datum was uw laatste gift? / /	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
B. ALGEMENE INFORMATIE			
> Voelt u zich momenteel in goede gezondheid?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> In welk land bent u geboren, en waar hebt u gewoond tot uw 5 jaar?			
> Hebt u tussen 1980 en 1996 inbegrepen minstens 6 maanden (gecumuleerd totaal verblijf) in Groot-Brittannië en/of Noord-Ierland gewoond?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> Komt u bloed geven in het kader van een behandeling voor hemochromatose ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> Als u een vrouw bent: • hebt u dan reeds een bevalling, een miskraam of een zwangerschapsonderbreking gehad? • bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA	
> Gaat u na de bloedgift een lichamelijke of sport-activiteit beoefenen, of gaat u op een veiligheidspost werken?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
C. HEBT U SINDS UW GEBOORTE			
> een kankerdiagnose gekregen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een operatie ondergaan aan de hersenen of het ruggenmerg?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> een weefseltransplantatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> een behandeling met groeihormonen gekregen vóór 1989?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een geneesmiddel genomen tegen acne of psoriasis?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> een familielid (gehad) die getroffen is (was) door de ziekte van Creutzfeld-Jakob?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een cardiovasculaire ziekte gehad (hartritmestoornis, angor, infarct,...)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een beroerte, epilepsieaanvallen of stuipen gehad?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een bloedziekte of bloedstollingsproblemen gehad?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> ernstige allergie of astma gehad?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> één of meerdere malaria-aanvallen of de ziekte van Chagas gehad?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een andere ziekte gehad die regelmatig medisch toezicht vereiste?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
D. HEBT U/BENT U - ALS U REEDS BLOED GEGEVEN HEBT: SINDS UW LAATSTE GIFT - ALS DIT UW EERSTE GIFT IS: SINDS UW GEBOORTE			
> gehospitaliseerd geweest of geopereerd onder algemene, peridurale of locoregionale verdoving?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> bloed ontvangen ? Indien ja, in welk land?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> behandeld geweest voor (of drager van) een seksueel overdraagbare ziekte of infectie (HIV/ AIDS, hepatitis, syfilis,...) ?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> in uw omgeving iemand (gehad) die aan hepatitis, AIDS of een andere ernstige besmettelijke ziekte lijdt (leed)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een huiduitslag gehad (puistjes, vlekken, rode plekken) of bent u gebeten door een teek?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> België verlaten (zelfs voor één dag)? Indien ja, naar welk(e) land(en)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een seksuele partner gehad die buiten Europa heeft gereisd gedurende de laatste 4 maanden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	

**E. HEBT U/BENT U - ALS U REEDS BLOED GEGEVEN HEBT: SINDS UW LAATSTE GIFT
- ALS DIT UW EERSTE GIFT IS: IN DE LAATSTE 4 MAANDEN**

> ziek geweest? Indien ja : koorts gehad (>38°C)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA	
> een arts geraadpleegd?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> naar de tandarts geweest?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> geneesmiddelen genomen, zelfs een aspirine? Indien ja, welke?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> gevaccineerd geweest of een desensibilisatiekuur gevolgd?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	

F. ANDERE RISIKO'S OM DRAGER TE ZIJN VAN EEN VIA HET BLOED OVERDRAAGBARE INFECTIE

> Hebt u ooit drugs intraveneus of intramusculair gebruikt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
---	-----------------------------	------------------------------	--

**HEBT U/BENT U - ALS U REEDS BLOED GEGEVEN HEBT: SINDS UW LAATSTE GIFT
- ALS DIT UW EERSTE GIFT IS: IN DE LAATSTE 4 MAANDEN**

> een endoscopie ondergaan (gastroscopie, coloscopie, fibroscopie, ...)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> behandeld geweest met acupunctuur of mesotherapie?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een tatoeage of een piercing laten uitvoeren (ook voor oorknopjes)?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> in contact geweest met menselijk bloed door prikken, wonden of spatten (professioneel of ander contact)?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> drugs via de neus gesnoven?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een nieuwe seksuele partner gehad, zelfs occasioneel? (*)	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	

**HEBT U/BENT U - ALS U REEDS BLOED GEGEVEN HEBT: SINDS UW LAATSTE GIFT
- ALS DIT UW EERSTE GIFT IS: IN DE LAATSTE 12 MAANDEN**

> als u een man bent, seksueel contact gehad met een man? (*)	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> seksueel contact gehad in ruil voor geld, goederen of diensten? (*)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> meer dan één seksuele partner gehad? (*)	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> een seksuele partner gehad die afkomstig is uit een land buiten West Europa en die sinds minder dan 12 maanden in België woonde?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> een seksuele partner gehad die ooit intraveneus of intramusculair drugs heeft gebruikt?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	
> een seksuele partner gehad die een seksueel overdraagbare infectie heeft (HIV/ AIDS, hepatitis B of C, syfilis, ...)? (*)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	
> een seksuele partner gehad die, voor zover u weet, de laatste 12 maanden: <ul style="list-style-type: none"> • meer dan één seksuele partner heeft gehad? (*) • seksueel contact heeft gehad in ruil voor geld, goederen of diensten? (*) • (indien mannelijke seksuele partner) seksueel contact heeft gehad met een man? (*) 	<input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA	

(*) seksueel contact met of zonder voorbehoedsmiddel

IK BEVESTIG DAT DE INLICHTINGEN DIE IK VERSTREK NAAR MIJN WETEN JUIST EN VOLLEDIG ZIJN

Ik geef de Service du Sang de toestemming om mijn bloed af te nemen, te analyseren en via transfusie te geven aan één of meerdere zieken	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Ik accepteer dat in sommige gevallen één of meerdere bestanddelen van mijn bloed gebruikt kunnen worden voor medisch of wetenschappelijk onderzoek.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

HANDTEKENING VAN DE DONOR	HANDTEKENING VAN DE ONDERZOEKER
Datum / / 20	Datum / / 20

Nr. afname

De Service du Sang verzamelt administratieve en medische gegevens met persoonlijk karakter en voor transfusiedoeleinden. De betrokken personen kunnen toegang krijgen tot de gegevens en kunnen de rechtzetting ervan vragen in overeenstemming met de wet van 8 december 1992 en de uitvoeringsbesluiten daarvan. De medische inlichtingen kunnen u eventueel worden overgemaakt alsook aan de arts(en) van uw keuze. Ze kunnen in geen geval worden overgemaakt aan een andere persoon.