

## Hälsodeklaration 1 för äggdonatorer

|                                                                                                 |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Namn:                                                                                           | Personnummer:                        |
| E-mailadress:                                                                                   | Tfn mobil:<br>OK med sms? Ja Nej     |
| Adress:<br>Postnummer/Ort:                                                                      |                                      |
| Varför vill du bli donator?                                                                     |                                      |
| Vilken Livio-klinik önskar du att donera vid?<br>Malmö Göteborg Kungsholmen Gärdet Umeå Falun   |                                      |
| Har du tidigare donerat ägg på annan klinik? Ja Nej Om ja, var:                                 |                                      |
| Ögonfärg                                                                                        | Hårfärg Hudfärg                      |
| Längd: cm                                                                                       | Vikt: kg BMI skall vara under 32     |
| Har du varit gravid? Ja Nej När?                                                                | Antal barn Antal missfall            |
| Har något av barnen (haft) medfödd sjukdom eller funktionshinder? Nej Ja<br>Om ja, beskriv      |                                      |
| Har du fast partner nu? Nej Ja Är du gift eller sammanboende? Nej Ja                            |                                      |
| Om ja, vet din partner om att du vill donera? Nej Ja                                            |                                      |
| Min menscykel är regelbunden oregelbunden Antal dagar från start till nästa start               |                                      |
| Använder du preventivmedel? Nej Ja Vilket?                                                      |                                      |
| När tog du senast cellprov från livmoderhalsen?                                                 |                                      |
| Har du eller har du haft underlivssjukdomar eller underlivsbesvär? Nej Ja<br>Vilka/vilken? När? |                                      |
| Jag härstammar från                                                                             | Har du varit bosatt utomlands Nej Ja |
| Utbildning<br>Nuvarande yrke/sysselsättning                                                     |                                      |

## Hälsodeklaration 1 för äggdonatorer

|                                                                                   |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Har du eller har du haft andra sjukdomar? Nej Ja                                  |  |  |  |
| Om ja, vad?                                                                       |  |  |  |
| Har du lidit av psykisk ohälsa? Nej Ja Om ja, när? Gäller det fortfarande? Nej Ja |  |  |  |
| Beskriv                                                                           |  |  |  |
| Har du genomgått någon operation? Nej Ja Om ja, när?                              |  |  |  |
| Vilka/vilken?                                                                     |  |  |  |
| Har du haft blodpropp? Nej Ja Om ja, när?                                         |  |  |  |
| Tar du regelbundet mediciner? Nej Ja Om ja, vilken?                               |  |  |  |
| Har du någon allergi? Nej Ja Om ja, mot vad?                                      |  |  |  |
| Röker eller snusar du? (Som donator får man inte röka) Nej Ja                     |  |  |  |
| Dricker du alkohol? Nej Ja                                                        |  |  |  |
| Om ja, hur mycket alkohol intar du/vecka? Starksprit (cl) Vin (cl) Öl (cl)        |  |  |  |
| Har du någon gång använt narkotika/droger? Nej Ja Om ja, när?                     |  |  |  |
| Är du blodgivare? Nej Ja Om ja, var                                               |  |  |  |
| <b>Har du sista tre månaderna</b>                                                 |  |  |  |
| Haft sex med ny partner eller med annan ej fast partner? Nej Ja                   |  |  |  |
| Skaffat tatuering, piercing eller fått akupunktur? Nej Ja                         |  |  |  |
| Fått blodtransfusion? Nej Ja                                                      |  |  |  |
| Vistats utomlands mer än tre veckor i sträck? Nej Ja                              |  |  |  |
| Behandlats på sjukhus utomlands? Nej Ja                                           |  |  |  |
| Behandlats på sjukhus i Sverige? Nej Ja                                           |  |  |  |
| Vaccinerats? Nej Ja                                                               |  |  |  |
| Antal helsyskon: Är de friska? Ja Nej                                             |  |  |  |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade dina helsyskon? Ca ålder vid diagnos              |  |  |  |
| Antal halvsyskon: Är de friska? Ja Nej Ingen kännedom                             |  |  |  |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade dina halvsyskon? Ca ålder vid diagnos             |  |  |  |
| Antal syskonbarn: Är de friska? Ja Nej Ingen kännedom                             |  |  |  |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade dina syskonbarn? Ca ålder vid diagnos             |  |  |  |

## Hälsodeklaration 1 för äggdonatorer

|                                                     |    |     |                                |
|-----------------------------------------------------|----|-----|--------------------------------|
| Lever din mamma?                                    | Ja | Nej | Hur gammal är/blev din mamma?  |
| Vilket land härstammar din mamma från               |    |     |                                |
| Är din mamma frisk?                                 | Ja | Nej | Ca ålder vid diagnos           |
| Om nej, vilken sjukdom?                             |    |     |                                |
| Har din mamma syskon?                               | Ja | Nej | Antal syskon                   |
| Är/var din mammas syskon friska?                    | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade din mammas syskon?  |    |     |                                |
| Ca ålder vid diagnos                                |    |     |                                |
| Antal kusiner på din mammas sida                    |    |     |                                |
| Är/var din mammas kusiner friska?                   | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade dina kusiner?       |    |     |                                |
| Lever din mormor?                                   | Ja | Nej | Hur gammal är/blev din mormor? |
| Är/var din mormor frisk?                            | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade din mormor?         |    |     |                                |
| Ca ålder vid diagnos                                |    |     |                                |
| Har din mormor syskon?                              | Ja | Nej |                                |
| Är/var din mormors syskon friska?                   | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade din mormors syskon? |    |     |                                |
| Ca ålder vid diagnos                                |    |     |                                |
| Lever din morfar?                                   | Ja | Nej | Hur gammal är/blev din morfar? |
| Är/var din morfar frisk?                            | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade din morfar?         |    |     |                                |
| Ca ålder vid diagnos                                |    |     |                                |
| Har din morfar syskon?                              | Ja | Nej |                                |
| Är/var din morfar syskon friska?                    | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade din morfars syskon? |    |     |                                |

## Hälsodeklaration 1 för äggdonatorer

|                                                     |    |     |                                |
|-----------------------------------------------------|----|-----|--------------------------------|
| Namn: Lever din pappa?                              | Ja | Nej | Hur gammal är/blev din pappa?  |
| Vilket land härstammar din pappa från               |    |     |                                |
| Är din pappa frisk?                                 | Ja | Nej |                                |
| Om nej, vilken sjukdom?                             |    |     | Ca ålder vid diagnos           |
| Har din pappa syskon?                               | Ja | Nej | Antal syskon                   |
| Är/var din pappas syskon friska?                    | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade din pappas syskon?  |    |     |                                |
| Ca ålder vid diagnos                                |    |     |                                |
| Antal kusiner på pappas sida                        |    |     |                                |
| Är/var din pappas kusiner friska?                   | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade dina kusiner?       |    |     |                                |
| Ca ålder vid diagnos                                |    |     |                                |
| Lever din farmor?                                   | Ja | Nej | Hur gammal är/blev din farmor? |
| Är/var din farmor frisk?                            | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade din farmor?         |    |     |                                |
| Ca ålder vid diagnos                                |    |     |                                |
| Har din farmor syskon?                              | Ja | Nej |                                |
| Är/var din farmors syskon friska?                   | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade din farmors syskon? |    |     |                                |
| Ca ålder vid diagnos                                |    |     |                                |
| Lever din farfar?                                   | Ja | Nej | Hur gammal är/blev din farfar? |
| Är/var din farfar frisk?                            | Ja | Nej | Ingen kännedom                 |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade din farfar?         |    |     | Ca ålder vid diagnos           |
| Har din farfar syskon? Ja Nej Ingen kännedom        |    |     |                                |
| Är/var farfars syskon friska? Ja Nej Ingen kännedom |    |     |                                |
| Om nej, vilken sjukdom har/hade farfars syskon?     |    |     |                                |

## Hälsodeklaration 1 för äggdonatorer

Har någon i din släkt diagnostiserats med en eller flera av följande sjukdomar?

|                                                   |    |     |                        |
|---------------------------------------------------|----|-----|------------------------|
| Schizofreni                                       | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| ADHD/ADD                                          | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Bipolär sjukdom                                   | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Depression                                        | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Hjärt- och kärlsjukdom<br>(t.ex. högt blodtryck)  | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Diabetes                                          | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Lungsjukdom (t.ex. KOL)                           | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Blödningsbenägenhet                               | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Reumatisk sjukdom                                 | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Cancer                                            | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Sköldkörtelsjukdom                                | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Neurologisk sjukdom<br>(t.ex. Parkinson, MS, ALS) | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Alzheimers                                        | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Medfödd funktionshinder?                          | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Alkoholism/missbruk                               | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Annan allvarlig sjukdom                           | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |
| Har någon släkting avlidit i ung ålder?           | Ja | Nej | Om ja, vilken släkting |

### Genom min underskrift intygar jag att:

- Den information jag har lämnat är sanningsenlig
- Jag har förstått att smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren och eventuella barn genom donerade könsceller
- Jag samtycker till att kliniken får ta del av mina journaler