

Botbank AZ Sint-Jan Brugge AV
 Ruddershove 10, 8000 Brugge
 7/10049/88213
 Dr. Vanwynsberghe, beheerder
 Tel 050/45 28 56
 Email botbank.brugge@azsintjan.be

DONOREVALUATIEFORMULIER

-Levende femurkopdonor-

Deze vragenlijst werd opgesteld om de kwaliteit van het bot te verzekeren en om de ontvangers van het bot geen risico's te laten lopen. Het is daarom heel belangrijk dat u **alle vragen zorgvuldig en waarheidsgetrouw** invult. Als er vragen zijn die u niet begrijpt, kunt u uitleg vragen aan de persoon die de vragenlijst overhandigd heeft. De bekomen informatie wordt vertrouwelijk behandeld.

DONOR GEGEVENS			
<i>Kleef Patiëntenvignet of</i>			
Naam: _____		Voornaam: _____	
Geboortedatum: _____		Geslacht: Man / Vrouw	
ALGEMENE VRAGEN			
Leeftijd: _____			
Huidig gewicht (kg): _____			
Bent u momenteel zwanger?	NVT	<u>JA</u>	NEE
Geeft u momenteel borstvoeding?	NVT	<u>JA</u>	NEE
MEDISCHE EN TOXISCHE BLOOTSTELLING			
Neem u momenteel medicatie? Zo ja, verpleegkundige graag overzicht bijvoegen	JA	NEE	
Gebruikt u momenteel immuunsuppressiva?	<u>JA</u>	NEE	
Werd u de laatste 4 weken gevaccineerd?	JA	NEE	
- Zo ja, welke vaccinatie, type vaccin? _____ - Zo ja, beschrijf eventuele bijwerkingen _____			
Bent u ooit blootgesteld aan een toxische stof (goud, kwik, lood, koper, cyanide,...) die klachten veroorzaakte waarvoor een behandeling of opname in het ziekenhuis nodig was?	<u>JA</u>	NEE	
Werd u ooit behandeld met groeihormonen?	<u>JA</u>	NEE	
MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS			
Lijdt/leed u aan een ziekte waarvan de oorzaak niet goed gekend is?	<u>JA</u>	NEE	
Lijdt u op dit moment aan een virale, bacteriële, parasitaire of schimmelinfectie?	<u>JA</u>	NEE	
Lijdt/leed u aan een kwaadaardige aandoening (kanker)? Zo ja, welke? _____ Indien het om een basaalcelcarcinoom of carcinoma in situ van de baarmoederhals gaat, mag u NEE aanduiden.	<u>JA</u>	NEE	
Lijdt/leed u of uw partner aan een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke? _____ Vb. AIDS, HTLV, Syfilis, Hepatitis B, Hepatitis C, ...	<u>JA</u>	NEE	
Werd bij u ooit malaria, babesiosis, lepra, Leishmaniasis, west Nile virusinfectie, zika, Ebola of Chagasziekte vastgesteld?	<u>JA</u>	NEE	
Lijdt/leed u aan een auto-immuunziekte? Zo ja, welke? _____	<u>JA</u>	NEE	

Lijdt/leed u aan een stollingsaandoening (vb. hemofilie) waarvoor u behandeld werd met humaan afgeleide stollingsfactoren?	<u>JA</u>	NEE
Lijdt/leed u aan een zenuwziekte? Zo ja, welke? _____	<u>JA</u>	NEE
Lijdt u aan vroege dementie (<65 jaar)?	<u>JA</u>	NEE
Lijdt/leed u of iemand in de familie aan de ziekte of variantziekte van Creutzfeldt-Jakob ("gekke koeienziekte")?	<u>JA</u>	NEE
Had u ooit een operatie aan de hersenen?	<u>JA</u>	NEE
Heeft u ooit een transplantatie ondergaan met organen, weefsels of cellen? Zo ja welke en oorsprong? ☐ Hoornvlies ☐ Sclera ☐ Dura mater ☐ Gehoorbeentjes ☐ Andere: _____ ☐ Menselijke oorsprong ☐ Dierlijke oorsprong ☐ Geen idee	JA	NEE
Bijkomende vragen n.a.v. COVID-19 epidemie:		
Werd bij u COVID-19 vastgesteld in de laatste 14 dagen (bevestigd met zelftest of PCR)?	<u>JA</u>	NEE
Heeft u de laatste 14 dagen symptomen van COVID-19 gehad?	<u>JA</u>	NEE
Heeft u in de laatste 14 dagen een hoogrisicocontact gehad met een zieke of besmette persoon?	<u>JA</u>	NEE
<i>In het belang van de receptor willen we u expliciet vragen om uw arts te verwittigen indien u ziek zou worden of klachten zou vertonen die kunnen wijzen op een eventuele besmetting met dit virus. En dit tot 14 dagen na uw ingreep.</i>		
Andere relevante informatie m.b.t. uw gezondheid? _____	JA	NEE

REISINFORMATIE

Bent u in de 4 weken voor de operatiedatum in het buitenland geweest / zal u in de 4 weken voor de operatiedatum in het buitenland verblijven?	JA	NEE
Zo ja, waar (land en stad/regio)? _____ Datum terugkomst? ____ / ____ / _____		
Heeft u tussen 1980 en 1996 langer dan 3 maand in Groot-Britannië verbleven?	<u>JA</u>	NEE
RISICOGEDRAG		
Heeft u het afgelopen jaar een piercing en/of tattoo geplaatst?	<u>JA</u>	NEE
Onderging u het afgelopen jaar acupunctuur?	<u>JA</u>	NEE
Gebeurde de plaatsing van piercing, tattoo of acupunctuur door een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar met hygiënische en aseptische voorzorgsmaatregelen en steriel wegwerpmateriaal?	NVT	JA <u>NEE</u>
Heeft u het afgelopen jaar een prik- of snijaccident gehad of contact met bloed van iemand anders op open wonden en slijmvliezen?	<u>JA</u>	NEE
Behoort u en/of uw seksuele partner tot een groep met verhoogd risico op besmetting met overdraagbare aandoeningen zoals AIDS? vb. seks tegen betaling, prostitutie, wisselende of homoseksuele partner, nieuwe seksuele partner (<12 maanden), partner met HIV, HBV, HCV of syfilis	<u>JA</u>	NEE

Als het antwoord op één van de vragen **onderstreept** is, wil dit zeggen dat de **prelevatie NIET kan doorgaan** omdat de veiligheid van het bot niet kan gegarandeerd worden. Is er geen enkel antwoord onderstreept, mag de wegneming voor de Botbank plaatsvinden.

DONOR	PERSOON DIE VRAGENLIJST OVERHANDIGD/TOEGELICHT HEEFT
Naam en Voornaam: _____ Datum: ____ / ____ /20____ Handtekening:	Naam en Voornaam: _____ Datum: ____ / ____ /20____ Handtekening:

Dit formulier moet samen met het informed consent bij het patiëntendossier gevoegd worden en aanwezig zijn op het moment van de wegneming.