

TOESTEMMING TOT VRIJWILLIG AFSTAAN VAN NAVELSTRENGBLOED voor PUBLIEKE BANK

Hierbij verklaar ik dat het mijn wens is om volkomen vrijwillig het navelstrengbloed, dat na de geboorte van mijn kindje afgenomen wordt, af te staan. Dit navelstrengbloed zal verwerkt en opgeslagen worden in de publieke navelstrengbloedbank en mag gebruikt worden voor een patiënt bij wie een medische indicatie werd gesteld voor stamceltransplantatie. Ik heb de informatiebrochure over navelstrengbloed (NS-00ALG1-015) gelezen en de gelegenheid gehad om al mijn vragen te stellen. Ik heb begrepen dat er geen onkosten verbonden zijn aan deze afname, en dat het afnemen van het navelstrengbloed geen gevolgen zal hebben voor mezelf of mijn kindje. Er wordt geen bloedafname gedaan bij mijn pasgeborene baby.

- Ik geef de toestemming om navelstrengbloed te verzamelen. Eveneens stem ik in met het feit dat de vliezen rondom de placenta zullen bewaard worden en na verwerking, gebruikt worden voor transplantatie.
- Ik aanvaard dat er bij mezelf een bloedafname zal gebeuren bij de bevalling.
- Ik aanvaard dat men mij vragen zal stellen in verband met mijn medische voorgeschiedenis, alsook die van mijn naaste familieleden, om uit te maken of het navelstrengbloed veilig kan getransplanteerd worden. Ik ga akkoord dat mijn medisch dossier en dat van mijn pasgeborene eventueel zal geraadpleegd worden door het medisch personeel.
- Ik verklaar dat ik de vragenlijst zorgvuldig, naar kennis en waarheidsgetrouw heb ingevuld. Ik begrijp dat ik in de toekomst eventueel kan gecontacteerd worden om bijkomende inlichtingen te geven of voor een controle bloedafname bij mezelf (in geval van bv. een technisch probleem bij de initiële bloedafname verwerking).
- Een jaar na de bevalling aanvaard ik om een vragenlijst i.v.m. de gezondheid van mijn kindje, ingevuld door een pediater of huisarts, naar de Leuvense Navelstrengbloedbank (LNBB) op te sturen. Dit gezondheidsattest van mijn baby draagt bij tot het veilig gebruik van navelstrengbloed voor transplantatie.
- Ik aanvaard dat op mijn bloed en op het navelstrengbloed alle analyses kunnen gebeuren om de kwaliteit van het navelstrengbloed na te kijken, waaronder ook een test op hepatitis, syfilis, CMV, HTLV en HIV en eventueel testen op het erfelijk materiaal. Ik ben op de hoogte dat referentiestalen van het navelstrengbloed en van de bloedstalen van mezelf worden opgeslagen (ingevroren) voor eventuele latere bijkomende kwaliteitstesten. Ik ga akkoord dat de resultaten van deze analyses kunnen verstuurd worden naar mijn vertrouwensarts*.
- Ik geef de toestemming aan de navelstrengbloedbank om het donordossier met de benodigde gegevens aan te leggen. Dit is informatie die vertrouwelijk behandeld wordt. (Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Gecoördineerde versie, zoals laatst gewijzigd door de wet van 11 december 1998, B.S., 3 februari 1999).
- Ik geef toestemming om de nuttige gegevens betreffende het navelstrengbloed op gecodeerde wijze te bewaren in het register dat beheerd wordt door de LNBB van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven, en dat deze gegevens eveneens gecodeerd doorgegeven kunnen worden aan andere registers of transplantatiecentra.
- Ik weet dat het navelstrengbloed vernietigd zal worden indien het niet voldoet aan de strenge eisen voor opslag of wanneer het laboratorium niet in staat is om het veilig te verwerken.
- Ik weet dat ik op elk moment nog het recht heb om de donatie van navelstrengbloed te weigeren.
- Ik begrijp dat wij (ikzelf, het kind noch de vader) geen aanspraak kunnen maken op dit navelstrengbloed.
- Ik sta toe / sta niet toe * dat het navelstrengbloed gebruikt wordt voor wetenschappelijk onderzoek indien het om één of andere redenen niet gebruikt kan worden door de navelstrengbloedbank, dit in plaats van het gewoon weg te werpen. * *omcirkelen wat past AUB*

DONOR GEGEVENS

Naam en voornaam van de MOEDER van de baby:		Geboortedatum moeder:		Geboorteplaats moeder:	
Naam en voornaam van de VADER van de baby:					
Naam en voornaam van de BABY:					
Straat + nr					
Postcode + gemeente					
Telefoon/GSM		Telefoon werk			
E mail adres					
*Kruis aub aan <input type="checkbox"/> naar wie afwijkende testresultaten mogen gestuurd worden					
Gynaecoloog <input type="checkbox"/> / Huisarts <input type="checkbox"/> / Pediater kind <input type="checkbox"/>					
Naam:			Postcode en gemeente:		
Gedaan te		Datum		Handtekening MOEDER	
.....		

VRAGENLIJST m.b.t. het AFSTAAN VAN NAVELSTRENGBLOED voor PUBLIEKE BANK – Pagina 1

Vragen betreffende de HELE FAMILIE		!!! bij positief antwoord, GEEN prelevatie / verwerking!!!	
Zijn er, bij uw weten, in de familie (uzelf, de vader of grootouders van uw kind, broers of zussen, ooms en tantes, neven en nichten):			
		NEEN	JA
1.	Ziekte van Creutzfeld-Jacob, vroege dementie (<65j) of een andere aandoening van het zenuwstelsel door een virus of een onbekende oorzaak? (OPMERKING: de "klassieke" ouderdomsdementie is geen exclusie criterium! Dus 'neen' antwoorden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vragen enkel voor de MOEDER/ VADER/ KIND		!!! bij positief antwoord, GEEN prelevatie / verwerking !!!	
		NEEN	JA
2.	Heeft u een fertiliteitsbehandeling moeten volgen met eiceldonatie en/of spermadonatie (waarbij de eicel en/of het sperma van een onbekende donor afkomstig is)? Werd er voor deze zwangerschap beroep gedaan op een draagmoeder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Is er een bloedverwantschap tussen u en de vader van het kind (tot op niveau neef/nicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Heeft u of uw partner in de laatste 12 maanden een besmettelijke ziekte (bv: hepatitis B of C, AIDS, HTLV, syfilis, ...) vertoond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Behoort u en/of uw seksuele partner tot een groep met verhoogd risico op besmetting met het AIDS virus (HIV) zoals prostituees, intraveneuze drugsverslaafden, meerdere of homoseksuele/biseksuele partner? Heeft u in de voorbije 12 maanden een nieuwe seksuele partner gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Werden er bij uw kind chromosomale afwijkingen vastgesteld tijdens de zwangerschap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Heeft u of uw partner ooit een medische procedure gehad die u blootstelde aan cellen of organen van dieren (bv transplantatie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vragen enkel voor de MOEDER		!!! bij positief antwoord, GEEN prelevatie / verwerking !!!	
		NEEN	JA
8.	Bent u momenteel zwanger van meerdere kinderen (bv tweeling)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Heeft u gedurende de laatste 12 maanden een transfusie met bloed, plasma of bloedplaatjes gekregen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Heeft u een orgaantransplantatie gekregen? Een dura mater (hersenen) greffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Lijdt u aan een auto-immuunziekte met nood aan systemische immunosuppressieve/immunomodulerende therapie gedurende de laatste 12 maanden (oraal, IV, SC, IM), Systemisch Lupus Erythematoses of Sjogren syndroom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Werd bij u ooit een malaria, babesiosis, lepra, Leishmaniasis, West Nile virusinfectie, of een Chagas ziekte vastgesteld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Was er bij u een accidentele naaldprik of contact met bloed/lichamelijke vochten van iemand anders op open wonden of slijmvliezen gedurende de laatste 12 maanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Verbleef u, tussen 1980 en 1996, gedurende drie maanden (cumulatief) of meer in het Verenigd Koninkrijk? Heeft u ooit een behandeling met groeihormoon gekregen? Heeft u sinds 1980 bovine insuline gebruikt? (zoals Rapitard MC, Ultralente MC, Lente MC, Iletin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Werd er bij u ooit een kwaadaardige ziekte (kanker) vastgesteld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Heeft u gedurende uw zwangerschap een actieve tuberculosis of toxoplasmose infectie doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Heeft u ooit een vergiftiging door zware metalen opgelopen (bv: lood, kwik, koper, zink, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VRAGENLIJST m.b.t. het AFSTAAN VAN NAVELSTRENGBLOED voor PUBLIEKE BANK – Pagina 2

Vragen betreffende de MOEDER en DIRECTE FAMILIE (bij positief antwoord, WEL PRELEVATIE maar preciseren)
 Zijn er, bij uw weten, in de eerstegraadsfamilie (uzelf, de vader van uw kind, of de broers en/of zussen van uw kind):

	NEEN	JA
18. Erfelijke bloedziekten/bloedingsneigingen (bv. thalassemie, sikkelcelanemie, Fanconi anemie,...), ziekten van het afweersysteem, een auto-immuunziekte of stofwisselingsziekte/stapelingsziekten? Zo ja, bij wie, sinds wanneer, welke ziekte ..?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Andere erfelijke ziekten of chromosomale afwijkingen (bv. Cystische fibrose (= mucoviscidose))? Zo ja, bij wie, sinds wanneer, en welke ziekte ..?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vragen enkel voor de MOEDER (bij positief antwoord, WEL PRELEVATIE maar preciseren)

	NEEN	JA								
20. Heeft u problemen tijdens de zwangerschap gehad? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
21. Zijn er tijdens de zwangerschap afwijkingen vastgesteld bij uw baby? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
22. Heeft u gedurende het eerste trimester van de zwangerschap medicatie genomen? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
23. Heeft u tijdens de rest van de zwangerschap medicatie genomen? Zo ja, welke? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
24. Bent u de voorbije zes maanden buiten België geweest? Zo ja, waar en wanneer? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Land</th> <th style="width: 50%;">Datum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Land	Datum							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Land	Datum									
25. Bent u de afgelopen drie jaar buiten Europa geweest? Zo ja, waar en wanneer? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Land</th> <th style="width: 50%;">Datum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Land	Datum							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Land	Datum									
26. Heeft u de afgelopen 5 jaar een avontuurlijke reis (slapen in hutten of tenten) in Centraal/Zuid Amerika gemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
27. Bent u afkomstig uit een land met risico op malaria of heeft u daar > 5 jaar gewoond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
28. Bent u de afgelopen 3 jaar nog in malaria gebied geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
29. Heeft u binnen de 6 maanden na terugkeer van een reis onverklaarbare koorts gehad? Zo ja, welk land en wanneer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
30. Werd bij u gedurende de voorbije 8 weken een levend vaccin toegediend? NB: Boosterix en het griep vaccin zijn geen levende vaccins. Zo ja, welk vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
31. Heeft u gedurende, de voorbije 12 maanden, tatoeages <input type="checkbox"/> , acupunctuur <input type="checkbox"/> , een oorlelperforatie <input type="checkbox"/> of piercing <input type="checkbox"/> ondergaan? (Aanduiden wat past) Zo ja, was het uitgevoerd door een gekwalificeerde beroepsvoefenaar met hygiënische en aseptische voorzorgmaatregelen en steriel wegwerp materiaal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

VRAGENLIJST m.b.t. het AFSTAAN VAN NAVELSTRENGBLOED voor PUBLIEKE BANK - Pagina 3

Vragen enkel voor de MOEDER	(bij positief antwoord, WEL PRELEVATIE maar preciseren)	
	NEEN	JA
32. Weet u dat HIV/AIDS besmettelijk kan zijn, zelfs als de persoon zich goed voelt en een negatieve HIV serologie heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Heeft u reeds navelstrengbloed gedoneerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Heeft u ooit al navelstrengbloed <u>niet</u> mogen doneren? Zo ja, waarom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Heeft u de afgelopen 12 weken contact gehad met iemand die recent een pokken vaccin (<i>niet de windpokken</i>) gekregen had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Heeft u de afgelopen 4 maanden last van twee of meer van de volgende symptomen gehad: koorts boven 38° C <input type="checkbox"/> , hoofdpijn <input type="checkbox"/> , spierzwakte <input type="checkbox"/> , huiduitslag <input type="checkbox"/> of gezwollen klieren <input type="checkbox"/> ? (<i>Aanduiden wat past</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Heeft u de afgelopen 5 jaar stollingsproblemen gehad (bv hemofilie) en hiervoor humaan afgeleide stollingsfactoren gekregen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Bent u afkomstig uit Afrikaans malaria/HIV gebied* of heeft u daar meer dan één jaar gewoond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Heeft u ooit seksueel contact gehad met een partner die: a. blootgesteld zou kunnen geweest zijn aan levende cellen van dieren (bv transplantatie) b. hepatitis B, C of HIV had c. stollingsfactoren moest nemen d. afkomstig is uit Afrikaans malaria/HIV gebied* of daar ooit gewoond heeft?	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>
40. Heeft u de laatste 12 maanden meer dan 72 uur in hechtenis gezeten? (gevangenis/voorlopige hechtenis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Heeft u ooit last gehad van de volgende problemen: a. onverklaarbaar nachtzweeten? b. onverklaarbare blauwe huidletsels suggestief voor Kaposi's sarcoma? c. onverklaarbaar gewichtsverlies? d. onverklaarbare diarree? e. onverklaarbaar hoesten of kort van adem zijn? f. onverklaarbare koorts (>38°C) gedurende meer dan 10 dagen? g. onverklaarbare letsels in de mond? h. onverklaarbare gezwollen klieren gedurende meer als een maand?	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>
42. Heeft u ooit een transfusie gekregen tijdens een reis in het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk of Afrikaans malaria/HIV gebied (=Benin, Cameroon, Centrale Afrikaanse republiek, Chad, Congo, Guinea, Gabon, Kenya, Niger, Nigeria, Senegal, Togo, Zambia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afkomst / etniciteit van het kind

Vul het geboorteland van de ouders en grootouders van het kind in.

Afkkomst / etniciteit van het kind						GEOBOORTELAND	
Duid aan uit welke geografische streek uw voorouders afkomstig zijn / wat hun origine is.						Moeder:	
						
GEOGRAFISCHE STREEK	Moeder	Vader	GEOGRAFISCHE STREEK	Moeder	Vader	Grootmoeder moeders kant:	
Scandinavië	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Noord-Azië	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oost-Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centraal-Azië	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grootvader moeders kant:	
West-Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Midden Oosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuid-Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verre Oosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vader:	
Noord-Afrika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuidoost-Azië	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Centraal-Afrika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Noord-Amerika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grootmoeder vaders kant:	
Zuid-Afrika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centraal-Amerika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oost-Afrika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuid-Amerika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grootvader vaders kant:	
West-Afrika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oceanië	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Deze informatie heeft als doel de Navelstrengbloedbank beter te beheren en inventariseren en heeft geen enkele invloed op de uiteindelijke beslissing over de geschiktheid van het navelstrengbloedstaal voor opslag in de bank. Dank bij voorbaat om dit ingevuld te hebben.

AFNAMEFORMULIER NAVELSTRENGBLOED – OP DAG VAN GEBOORTE
 (in te vullen door gynaecoloog, vroedvrouw of verpleegster die bij de afname aanwezig is)

INDIEN HET ANTWOORD OP EEN VAN DE ONDERSTAANDE VRAGEN "NEEN" IS: GEEN AFNAME NAVELSTRENGBLOED !!!

		JA	NEEN
1.	Toestemmingsformulier ondertekend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	De moeder heeft de informatie begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Is de moeder meerderjarig (>18 jaar oud)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Zwangerschapsduur van > 34 weken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Afwezigheid van ruptuur van de vliezen > 24u voor de afname?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Afwezigheid van koorts bij de moeder (>38°C) < 24u voor de bevalling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Afwezigheid van antibioticagebruik <48h voor de geboorte gestart wegens ontstekingsverschijnselen? (GBS profylaxe is ok!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB: Géén collectie bij: (a) overvloedige bloeding of (b) transfusie

GEGEVENS OVER DE MOEDER Identificatie volgens de procedure Patientidentificatie			
Naam en voornaam		Geboortedatum	
Type bevalling	vaginaal - sectio	Zwangerschapsduur	
Afwijkingen bij de moeder bij bevalling: JA – NEE Zo ja, beschrijven a.u.b.:		> 2L vocht IV/24U (voor maternale bloedafname): JA – NEE	

GEGEVENS OVER HET KIND			
Naam en voornaam		Geboortedatum	
Geslacht	mannelijk - vrouwelijk	Uur van de geboorte	
Afwijkingen bij de baby bij geboorte: JA – NEE Zo ja, beschrijven a.u.b.:			

Ik heb bovenstaande informatie ingevuld en navelstrengbloed werd via de vena umbilicalis gepreleveerd volgens de richtlijnen (NS-06LA1-009). Tevens heb ik de controle tubes bij de moeder afgenomen volgens de richtlijnen (NS-06LA1-009). Alles werd gelabeld volgens de procedure (NS-06LA1-009). De vragenlijst werd terug overlopen met de moeder. Ik bevestig dat voor afname haar identiteit en die van het donor kind bevestigd werd en zijn/haar toestemming via een gehandtekt informed consent ook verkregen werd. In mijn klinisch onderzoek van de moeder, merk ik geen afwijkingen suggestief voor besmettelijk ziekten (geen genitale letsels, geen naaldprik letsels, geen besmette piercing, geen klieren, geen orale afwijkingen, geen argument voor Kaposi's sarcoma, geen icterus of hepatosplenomegalie, geen argument voor recente pokken vaccinatie).

Datum	NAAM/STEMPEL preleverende gynaecoloog	HANDTEKENING gynaecoloog

VOORBEHOUDEN AAN DE NAVELSTRENGBLOEDBANK

- Dit anamneseformulier volstaat om het navelstrengbloed op te slaan
- De behandelende arts moet gecontacteerd worden voor verdere inlichtingen
- Het navelstrengbloed moet verwijderd worden

Datum:

Handtekening:

Prof Dr T Devos

IDENTIFICATIELABEL MOEDER

Leuvense Navelstrengbloedbank
 Herestraat 49 3000 Leuven
 Tel 32-16-34.68.94 Fax 32-16-34.68.83
 e-mail: leuvencord@uzleuven.be
www.uzleuven.be/Navelstrengbloedbank

NOTEER UNIEKE CODE

ADDENDUM INZAKE ZIKAVIRUS – RISICOBEOORDELING

Doel van dit addendum

Informatie over de moederdonor verzamelen om het mogelijke risico op besmetting met het Zikavirus te evalueren. Deze informatie draagt bij tot het bepalen van donorgeschiktheid voor de bewaring van het navelstrengbloed.

GEGEVENS OVER DE MOEDER

Naam en voornaam		Geboortedatum	
------------------	--	---------------	--

VRAGEN VOOR DE MOEDER

!!! Bij positief antwoord, GEEN prelevatie/verwerking !!!

	NEEN	JA
1. Werd tijdens uw zwangerschap of 4 weken voor de aanvang van uw zwangerschap de diagnose gesteld van een Zikavirus infectie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heeft u tijdens uw zwangerschap of 4 weken voor de aanvang van uw zwangerschap gewoond in/gereisd naar een <i>risicogebied</i> * voor Zikavirus infectie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heeft u seksueel contact gehad met een man die:		
a. In de laatste 15 maanden voor de bevalling gediagnosticeerd werd met een Zikavirus infectie?	a. <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/>
b. In de laatste 15 maanden voor de bevalling gewoond heeft in/gereisd heeft naar een <i>risicogebied</i> * voor Zikavirus infectie?	b. <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/>

(*) Risicogebied voor Zikavirus infectie

Volgens het US Center for Disease Control (CDC) zijn de risicogebieden op dit ogenblik Zuid-Amerika, Centraal-Amerika, de Caraïben, de Kaapverdische eilanden, Samoa, de Marshall eilanden, Nieuw-Caledonië, Fiji, de Malediven, de Filippijnen en Vietnam. De informatie over de risicogebieden op de 'CDC Zika informatie-website' (<https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/zika-information>) is steeds up-to-date.

Gedaan te	Datum	Handtekening MOEDER