

INSCRIPTION AU DON DU SANG

Merci de présenter une pièce d'identité

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe : M F Nom de naissance :

Adresse (préciser éventuellement le logeur) :
.....
.....

NPA : Localité : Tél. privé :

Profession/employeur : Tél. prof. :

Médecin traitant : Poids : Taille en cm :

E-mail : visa acc visa inf

Vous venez de lire le **Formulaire d'information pour les donneuses/donneurs de sang**, qui est à votre disposition sur les lieux de collecte et vous pensez être apte à donner votre sang.

Nous vous remercions de bien vouloir maintenant répondre avec la plus grande sincérité aux questions ci-dessous en cochant d'une croix la case correspondante. Vous contribuerez ainsi à assurer votre propre sécurité et celle des patients qui reçoivent votre sang.

- Je consens par la présente à donner de mon sang.
- Je confirme par ma signature que j'ai bien lu et compris toutes les informations du Formulaire d'information pour les donneuses/donneurs de sang et que l'on m'a fourni toutes les explications nécessaires.
- Je confirme l'exactitude de mes données personnelles ainsi que la véracité et la sincérité de mes réponses au Questionnaire médical.
- Je sais que le sang que je donne est soumis à des tests biologiques pouvant comporter des méthodes génétiques si nécessaire et qu'un échantillon de mon sang sera conservé pour d'éventuels contrôles selon la Loi sur les produits thérapeutiques. J'accepte d'être informé(e) des résultats en cas d'anomalie.
- Je suis d'accord que certains composants de mon don peuvent être utilisés pour la fabrication de médicaments. Je consens à ce que mon don ou certains de ses composants soient utilisés dans des cas exceptionnels pour la recherche médicale après anonymisation définitive ou sous une forme codée.
- Les données personnelles collectées dans le cadre du don de sang sont soumises au secret médical et utilisées exclusivement par Transfusion CRS Suisse (T-CH) et les services régionaux de transfusion sanguine (SRTS). Les SRTS sont légalement tenus à respecter la Loi sur la protection des données et de signaler aux Autorités sanitaires toute maladie soumise à déclaration obligatoire.

		OUI	NON	visa
1.	Avez-vous déjà fait un don de sang ? Si oui, quand pour la dernière fois ? Où ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Pesez-vous plus de 50 kg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Vous sentez-vous actuellement en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Au cours des 7 jours, avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu des soins médicaux ou présenté une fièvre supérieure à 38°C ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	a) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments – même en l'absence de prescription médicale (p. ex. comprimés, injections, suppositoires) ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique ou la chute des cheveux (p. ex. Alocapil®, Finacapil®, Propecia® ou Proscar®) ou contre l'acné (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoïne®, Tretinac® ou Toctino®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Au cours des 4 derniers mois, avez-vous pris une thérapie antirétrovirale (VIH) (p. ex. Truvada®, Isentress®, Prezista®/Norvir®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique (p. ex. Avodart®, Duodart®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Au cours des 3 dernières années, avez-vous pris du Neotigason®, Acicutan® (psoriasis) ou Erivedge® (carcinome basocellulaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Au cours des 12 dernières mois, avez-vous pris ou reçu des médicaments dérivés du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	a) Avez-vous reçu une immunothérapie (cellules ou sérum d'origine humaine ou animale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été vacciné(e) contre la rage ou le tétanos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccins ? Si oui, lesquels ? Quand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Affection cardio-vasculaire ou pulmonaire (p. ex. problème de pression artérielle, infarctus du myocarde, problèmes respiratoires, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), perte de conscience) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Êtes-vous atteint(e) d'une maladie de la peau (p. ex. blessure, éruption, eczéma, bouton de fièvre) ou d'une affection allergique (p. ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Présentez-vous d'autres affections à signaler (p. ex. diabétique, maladie du sang, de la coagulation, rénale, neurologique, épileptique, dépression, cancer, ostéoporose) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.	Au cours des 3 dernières années ou depuis votre dernier don de sang, avez-vous <input type="checkbox"/> eu un accident ? <input type="checkbox"/> été opéré(e) ? <input type="checkbox"/> eu un séjour à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	a) Avez-vous reçu une greffe de tissu ou d'organes d'origine humaine ou animale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Avez-vous subi une opération du cerveau ou de la moelle épinière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		OUI	NON	visa
10.	c) Avez-vous été traité(e) par hormone de croissance avant le 01.01.1986 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Vous-même, ou un membre de votre famille, êtes-vous susceptible d'être atteint(e) par la maladie de Creutzfeldt-Jakob ? Merci de le signaler même en cas de doute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Avez-vous séjourné entre le 01.01.1980 et le 31.12.1996, pour une durée totale de 6 mois ou plus, au Royaume-Uni/UK (Angleterre, Pays de Galles, Ecosse, Irlande du Nord, Ile de Man, Iles Anglo-Normandes, Gibraltar et Iles Malouines) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Avez-vous bénéficié d'une transfusion sanguine depuis le 01.01.1980 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé hors de la Suisse ? Si oui, où et pour combien de temps ? Depuis quand êtes-vous de retour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p. ex. fièvre) ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Y avez-vous subi des interventions médicales ou paramédicales ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	a) Êtes-vous né(e) hors de la Suisse, y avez-vous grandi ou vécu pendant plus de 6 mois ? Si oui, dans quel pays ? Si oui, depuis quand vivez-vous en Suisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Votre mère est-elle née dans un pays extra-européen, y a-t-elle grandi ou vécu pendant plus de 6 mois ? Si oui, dans quel pays ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	a) Avez-vous présenté l'une des maladies suivantes : Si oui, précisez quand : <input type="checkbox"/> Amibiase <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Fièvre récurrente <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/> Gonorrhée <input type="checkbox"/> Méningo-encéphalite à tiques <input type="checkbox"/> Maladie de Guillain-Barré <input type="checkbox"/> Mononucléose <input type="checkbox"/> Ostéomyélite <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> Toxoplasmosse <input type="checkbox"/> Tuberculose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes : Si oui, précisez quand : <input type="checkbox"/> Babésiose <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> Echinococcose <input type="checkbox"/> Fièvre Q <input type="checkbox"/> Filariose <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Lymphogranulome vénérien <input type="checkbox"/> Paludisme/Malaria ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Avez-vous déjà présenté une autre maladie infectieuse grave ? Si oui, laquelle : Quand :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été piqué(e) par une tique ou eu un contact avec des personnes atteintes de maladies infectieuses ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu : <input type="checkbox"/> un tatouage <input type="checkbox"/> une gastroscopie ou une coloscopie <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture <input type="checkbox"/> une épilation par aiguille <input type="checkbox"/> un maquillage permanent ou Microblading <input type="checkbox"/> un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, la bouche ou d'autres parties du corps) ? Si oui, quand ? et où ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou un test de l'Hépatite positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Une personne avec laquelle vous vivez, cohabitez ou avez des rapports sexuels a-t-elle présenté une jaunisse (hépatite) au cours des 6 derniers mois ou la maladie à virus Zika au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Vous êtes-vous exposé(e) à l'une des situations à risque suivante ?			
	a) Changement de partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Rapport sexuel (protégé ou non) avec des partenaires changeants/successifs (plus que deux) au cours des 4 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Rapport sexuel sous l'influence de drogue de synthèse au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Rapport sexuel contre rémunération pécuniaire, drogues ou médicaments au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Injection de drogue, ancienne ou actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Test positif pour le VIH, la Syphilis ou la jaunisse (Hépatite B ou C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec un(e) partenaire qui a été exposé(e) à une situation à risque selon la question 17 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec un(e) partenaire qui a eu un séjour d'une durée d'au moins 6 mois dans un pays où la population est largement atteinte par les virus VIH, Hépatite B ou C ou qui a reçu une transfusion sanguine ? Date de retour du partenaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	a) <i>Seulement pour les hommes</i> : Rapport sexuel entre hommes au cours de votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Rapport sexuel entre hommes au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	a) <i>Seulement pour les femmes</i> : Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, quand pour la dernière fois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Avez-vous reçu des injections hormonales en raison d'une stérilité avant le 01.01.1986 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Date	Nom, prénom	Date de naissance	Signature	
.....	
Réservé au Centre de Transfusion Sanguine				KAP17A1V19 - 1 ^{er} fév. 2022 – 4.1.FO.0210.v.6.0
Q no :			Avis médical :	
Q no :				
Q no :				
Q contrôlé / apte au don : OUI <input type="checkbox"/> Type de don :				
NON <input type="checkbox"/> Raison :			Visa médecin	
Analyses :				
Date visa	Pouls	TA	MCP	Groupe
Hb capillaire visa	Durée prélèvement	Heure fin	Visa ponct	Equipement
no prélèvement	Commentaire prélèvement			
coller ici				
				Visa fin