

Veuillez inscrire toutes les indications en caractères d'imprimerie et au stylo noir ou bleu		1 <sup>er</sup> Ctrl.
Lieu du don de sang _____		
Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	
Nom de naissance _____		
Nom marital _____		
Prénom _____		
Date de naissance _____		
Adresse _____		
N°postal et domicile _____		
Profession _____	Tél. prof _____	
Tél. privé _____	Mobile _____	
e-mail _____		
Médecin traitant _____		
Avez-vous changé d'adresse au cours des 6 derniers mois ou depuis votre dernier don de sang ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

A compléter par le T-FR		2 <sup>ème</sup> Ctrl.
N° de donneur _____	N° de don _____	
Hb _____ TA _____		
Kg _____ Pouls _____		
Thr _____ Ht _____ Taille _____		
Protocole de prise _____	N° Balance _____	
Ponction Visa _____	Déconnexion Visa _____	
Type de don _____		
Volume _____	Minutes _____	

### Questionnaire médical

#### Important : Le questionnaire est à remplir uniquement le jour du don de sang.

Vous venez de lire le **formulaire d'information pour les donneurs de sang** et vous pensez être apte à donner de 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.

#### Formulaire de consentement à compléter et signer par la donneuse / le donneur

- 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 donneurs de sang (01.02.2022) et que l'on m'a fourni toutes les explications nécessaires.
- Je confirme que mes données personnelles sont correctes et que j'ai répondu en toute sincérité au questionnaire.
- 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 également 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.
- Je suis d'accord pour qu'une partie de mon don soit utilisée à des fins éducatives ou pour l'amélioration des diagnostics biologiques, par exemple pour la production, le développement et le contrôle de la qualité des tests, des équipements et des procédures de laboratoire.
- Les données personnelles collectées dans le cadre du don du sang sont soumises au secret médical et utilisées exclusivement par Transfusion CRS Suisse (T-CH) et les services régionaux de transfusion sanguine CRS. Les services régionaux de transfusion sanguine sont légalement tenus à respecter la Loi sur la protection des données et de signaler aux autorités toute maladie soumise à la déclaration obligatoire.

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date du jour \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

		Oui	Non	Visa
1.	Avez-vous déjà donné de votre 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.	Etes-vous actuellement en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Au cours des 7 derniers 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° ?	<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 ou suppositoires) ? Lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments spécialement contre : - l'hypertension artérielle 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 suivi une thérapie antirétrovirale PEP/PrEP (par exemple Truvada®, Isentress®, Prezista®, Norvir®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris Avodart® ou du Duodart® pour l'élargissement de la prostate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Au cours des 3 dernières années, avez-vous pris du Neotigason® ou Acicutan® (Psoriasis) ? ou Erivedge® (Carcinome basocellulaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous 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, le tétanos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccins ? Lesquels ? _____ Quand ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivantes ?			
	a) Affection cardiaque/circulatoire ou pulmonaire (p.ex. problème de pression artérielle, infarctus, problèmes respiratoires, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), perte de conscience) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Oui	Non	Visa
b) Maladie de la peau (p.ex. blessure, éruption, eczéma, bouton de fièvre) ? Affection allergique (p.ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Autres maladies (p.ex. diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, 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"/> séjourné à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> eu un accident ? <input type="checkbox"/> été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Avez-vous reçu une greffe de tissu, humain ou animal, ou une transplantation d'organe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous été opéré(e) du cerveau ou de la moelle épinière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous été traité(e) par hormone de croissance avant le 1.1.1986 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Etes-vous, ou un membre de votre famille est, ou a-t-il été atteint par la maladie de Creutzfeldt-Jakob ? Veuillez le signaler même en cas de doute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Avez-vous séjourné entre le 1.1.1980 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 reçu une transfusion sanguine depuis le 1.1.1980 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé hors de la Suisse ? a) Si oui, où et pour combien de temps? _____ Depuis quand êtes-vous de retour ? _____ b) Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p.ex. fièvre) ? Si oui, précisez: _____ c) Avez-vous eu des interventions médicales ou paramédicales hors de la Suisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Etes-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 déjà présenté au cours des - 6 mois précédents -> <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> mononucléose infectieuse <input type="checkbox"/> amibiase <input type="checkbox"/> shigellose <input type="checkbox"/> FSME Méningo encéphalite verno estivale à tiques - 12 mois précédents -> <input type="checkbox"/> bilharziose <input type="checkbox"/> gonorrhée - 24 mois précédents -> <input type="checkbox"/> ostéomyélite <input type="checkbox"/> fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> fièvre récurrente <input type="checkbox"/> syndrome Guillain-Barré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes : <input type="checkbox"/> paludisme <input type="checkbox"/> maladie de Chagas <input type="checkbox"/> brucellose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> échinococcose <input type="checkbox"/> leishmaniose <input type="checkbox"/> lymphogranulome vénérien <input type="checkbox"/> filariose <input type="checkbox"/> fièvre Q <input type="checkbox"/> babésiose. Si oui, quand ? _____	<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 ? Si oui, précisez quand : _____ Avez-vous eu un contact avec une ou des personnes atteintes de maladie infectieuse ? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu : <input type="checkbox"/> une gastro-ou colonoscopie, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> un tatouage <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture, <input type="checkbox"/> une épilation par aiguille, <input type="checkbox"/> des traitements cosmétiques tels que 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 autres parties du corps) ? Si oui, quand ? _____ et où ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou eu un test de l'hépatite positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Une personne avec laquelle vous avez des rapports sexuels a-t-elle présenté la maladie à virus Zika au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. a) Vous êtes-vous exposé(e) à l'une des situations à risque suivantes ? <input type="checkbox"/> Changement de partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Rapport sexuel (protégé ou non) avec des partenaires changeants/successifs (plus que deux) au cours des 4 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Rapport sexuel sous l'influence de drogues de synthèse au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Rapport sexuel contre rémunération pécuniaire, drogues ou médicaments au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Injection de drogue, ancienne ou actuelle ? <input type="checkbox"/> Test positif pour le HIV (virus du SIDA), la syphilis ou la jaunisse (virus de l'hépatite B [HBV] ou de l'hépatite C [HCV]) ? <input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) <b>A remplir seulement par les hommes :</b> <input type="checkbox"/> Rapport sexuel entre hommes au cours de votre vie ? <input type="checkbox"/> Rapport sexuel entre hommes au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 a) Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires qui ont été exposé(e)s à l'une des situations à risque mentionnées sous points 17 ? b) Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires qui ont séjourné pendant une durée d'au moins 6 mois dans un pays où le taux d'infection au HIV, HBV ou HCV est élevé ou qui y ont reçu une transfusion sanguine ? Date de retour du partenaire : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. <b>A remplir seulement par les femmes :</b> a) Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, date de la dernière grossesse : _____ b) Avez-vous reçu des injections hormonales en raison d'une stérilité avant le 1.1.1986 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**A compléter par T-FR :**

<p><b>Remarque Anamnèse par T-FR</b></p> <p>N° _____</p> <p>N° _____</p> <p>N° _____</p> <p>N° _____</p> <p>N° _____</p>	<p><b>Aptitude au don : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></b></p> <p><b>C I</b> _____</p> <p>Date :</p> <p>Visa :</p>	<p><b>Visa contrôle</b></p>
--	---	-----------------------------