

Questionnaire médical et consentement éclairé

(a remplir seulement le jour du don)

Vis.	Konserven-Nr.	Vis.	Konserven-Nr.
------	---------------	------	---------------

		Oui	Nor	Vis.STS
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 72 dernières heures 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, suppositoires)? 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®, Finacpil®, Propecia® ou Proscar® ou contre l'acné (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoïn®, Tretinac® ou Toctino®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Au cours des 6 derniers mois avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique (p.ex. Avodart® ou Dudart®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Au cours des dernières 3 années avez-vous pris du Neotigason® ou Acicutan® (p. ex. psoriasis)?	<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, l'hépatite B, le tétanus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Au cours des 4 dern. semaines, avez-vous reçu d'autres vaccinations ? Lesquelles ? 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 cardiaque/circulatoire ou pulmonaire : p.ex. <input type="checkbox"/> problème de pression artérielle, <input type="checkbox"/> infarctus <input type="checkbox"/> problèmes respiratoire <input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> accident ischémique transitoire (AIT) <input type="checkbox"/> perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Maladie de la peau : p.ex. <input type="checkbox"/> blessure <input type="checkbox"/> éruption <input type="checkbox"/> eczéma ou affection allergique? p.ex. <input type="checkbox"/> rhume des foins <input type="checkbox"/> asthme <input type="checkbox"/> allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	c) autres maladies? p.ex. <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> maladie du sang <input type="checkbox"/> de la coagulation <input type="checkbox"/> affection vasculaire <input type="checkbox"/> affection rénale <input type="checkbox"/> maladie nerveuse <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9. Au cours des 12 derniers mois ou depuis votre dernier don de sang avez-vous <input type="checkbox"/> été malade <input type="checkbox"/> eu un accident <input type="checkbox"/> été opéré(e) <input type="checkbox"/> ou chirurgie bariatrique au cours de dernières 3 années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	a) Avez-vous reçu une greffe d'organe ou de tissu humain ou animal?	<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 01.01.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Etes-vous/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 de 6 mois ou plus au Royaume-Uni (UK) (Angleterre, Pays de Galles, Ecosse, Irlande du Nord, Ile de Man, Ile Anglo-Normandes, Gibraltar est 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 6 derniers mois avez-vous voyagé hors de la Suisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Si oui, où ? _____ Depuis quand êtes-vous de retour? _____ b) Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour ? (p. ex fièvre), Si oui, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	a) Etes-vous né(e) dans un pays extra-européen, y avez-vous grandi ou vécu pendant plus de 6 mois ? Si oui, dans quel pays ? _____ Si oui, depuis quand vivez-vous en Europe?	<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 l'une des maladies suivantes ? <input type="checkbox"/> tuberculose, <input type="checkbox"/> fièvre typhoïde, <input type="checkbox"/> borréliose, <input type="checkbox"/> brucellose, <input type="checkbox"/> infection osseuse, <input type="checkbox"/> fièvre Q, <input type="checkbox"/> toxoplasmose, <input type="checkbox"/> babésiose, <input type="checkbox"/> paludisme, <input type="checkbox"/> maladie de Chagas, <input type="checkbox"/> leishmaniose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> Zika ? Quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été piqué 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 gastro-, colonoscopie, <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture, <input type="checkbox"/> une épilation par aiguille, <input type="checkbox"/> un maquillage permanent, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, bouche ou autres parties du corps)? Quand?	<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.	Un membre de votre entourage, de votre milieu familial, ou votre partenaire sexuel habituel a-t-il présenté une jaunisse (hépatite) ou la maladie à virus Zika au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Vous êtes-vous exposé(e) à l'une des situations à risque suivante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Changement de partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Rapport sexuel (protégé ou non) avec des partenaires changeants/successifs au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois, séjour d'une durée d'au moins 6 mois dans des pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Rapport sexuel entre hommes au cours de votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Rapport sexuel entre hommes au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Rapport sexuel contre rémunération pécuniaire, drogues ou médicaments <input type="checkbox"/> Injection de drogue, ancienne ou actuelle <input type="checkbox"/> Test positif pour le virus du VIH (SIDA), la syphilis ou la jaunisse (hépatite B et C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> qui ont été exposés à une situation à risque selon la question 17, ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> qui ont reçu une transfusion sanguine dans un pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA, ou <input type="checkbox"/> qui ont été traités avec des médicaments fabriqués à base de sang en raison d'un trouble de la coagulation sanguine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ne concerne que les femmes				
19.	Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, date de la dernière grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Avez-vous reçu des injections hormonales en raison d'une stérilité avant le 1.1.1986 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 au verso en cochant d'une croix la case correspondante. Vous contribuerez ainsi à assurer votre propre sécurité et celle des patients qui reçoivent votre sang. Veuillez enfin confirmer par votre signature au verso que vous avez bien pris connaissance du formulaire d'information pour les donneurs de sang et que vous consentez aujourd'hui à donner de 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 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 conscience 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 conscient(e) 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
- Les données personnelles collectées dans le cadre du don de sang sont soumises au secret médical et utilisées exclusivement par Transfusion CRS (T-CH CRS) et les services régionaux de transfusion sanguine CRS (SRTS CRS). Les services régionaux de transfusion sanguine sont légalement tenus de signaler aux autorités toute maladie soumise à déclaration obligatoire.

Nom : _____ Prénom _____ Date de naissance: _____

Date: _____ Signature: _____

A compléter par le SRTS CRS :

Remarques question _____ : _____
question _____ : _____
question _____ : _____

Questionnaire-contrôle (réponse aux questions et signature) Date : _____ Visa STS _____

Aptitude au don de sang Oui

Non Raison : _____ Date _____ Visa STS _____