

## Questionnaire médical et consentement éclairé

(à remplir seulement le jour du don)

	<b>Vis.</b>	<b>Konserven-Nr.</b>	<b>Vis.</b>	<b>Konserven-Nr.</b>
--	-------------	----------------------	-------------	----------------------

		Oui	Non	Vis.STS
1.	Avez-vous déjà fait un don de sang? Si oui, quand pour la dernière fois? <span style="float: right;">Où?</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Pesez-vous au moins 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 14 jours, avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire, p. ex. une obturation dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu des soins médicaux, avez-vous eu de la fièvre à plus de 38 °C ou d'autres maladies légères telles que diarrhée, rhume?	<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®, Finacapi®, Propecia® ou Proscar®) ou contre l'acné (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoïd®, Tretinac® ou Toctino®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Au cours des 4 derniers mois, avez-vous pris une thérapie antirétrovirale PEP/PrEP (par exemple Truvada®, Isentress®, Prezista® ou Norvir®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Au cours des 6 dernier mois, avez-vous pris du Avodart® ou Duodart® contre l'élargissement de la prostate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Au cours des 3 dernières années, avez-vous pris du Neotigason®/Acicutan® contre le ou Erivedge® en raison d'un 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 ou le tétanos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccins? Lesquels? <span style="float: right;">Quand?</span>	<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. <input type="checkbox"/> problème de pression artérielle <input type="checkbox"/> infarctus <input type="checkbox"/> problèmes respiratoires <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 <input type="checkbox"/> bouton de fièvre 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"/> 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 d'organe ou 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 01.01.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Etes-vous/Un membre de votre famille est-il 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 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 reçu une transfusion sanguine depuis le 01.01.1980?	<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? _____ (Si oui, continuer avec b)) b) Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p. ex. fièvre)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No Si oui, précisez: _____	<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 présenté dans les • <b>6 mois précédents:</b> <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> mononucléose infectieuse <input type="checkbox"/> amibiase <input type="checkbox"/> shigellose <input type="checkbox"/> FSME (méningo encéphalite à tiques) • <b>12 mois précédents:</b> <input type="checkbox"/> bilharziose <input type="checkbox"/> gonorrhée • <b>2 années précédentes:</b> <input type="checkbox"/> ostéomyélite <input type="checkbox"/> fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> fièvre récurrente <input type="checkbox"/> fièvre Q <input type="checkbox"/> syndrome de 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"/> échinococcose <input type="checkbox"/> leishmaniose <input type="checkbox"/> Lymphogranulome vénérien <input type="checkbox"/> filariose <input type="checkbox"/> babésiose <input type="checkbox"/> Ebola? <input type="checkbox"/> ou d'autres infections graves? Si oui, lesquelles? _____ Quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été piqué(e) par une tique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu un contact avec une personne qui a ou a eu une maladie infectieuse? Si oui, laquelle ? _____	<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 électrique <input type="checkbox"/> des traitements cosmétiques tels que le maquillage permanent ou Microblading <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> une thérapie par les sangsues <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? <span style="float: right;">Où?</span>	<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.	a) Est-ce qu'une ou plusieurs des situations à risque suivantes s'appliquent à vous? • Avez-vous changé de partenaire sexuel(le) au cours des 4 derniers mois? • Avez-vous eu des rapports sexuels (protégés ou non) avec plus de deux personnes au cours des 4 derniers mois? • Avez-vous eu des rapports sexuels sous l'influence de drogues de synthèse au cours des 12 derniers mois? • Avez-vous eu des rapports sexuels pour lesquels vous avez reçu de l'argent ou d'autres prestations (drogues ou médicaments) au cours des 12 derniers mois? • Avez-vous pris de la drogue par voie injectable? • Avez-vous déjà eu un test positif pour le HIV (sida) ou la jaunisse (hépatite B ou C)? • Avez-vous déjà eu la syphilis? • Votre partenaire de vie, sexuel(le) ou de logement a-t-il/elle été atteint(e) d'une jaunisse (hépatite B ou C) au cours des 6 derniers mois? • Votre partenaire sexuel(le) a-t-il/elle contracté le virus Zika au cours des 3 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires qui ont été exposé(e)s à une situation à risque selon la question 16 a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires qui ont séjourné plus de 6 mois dans un pays où le taux de l'infection au HIV, virus de l'hépatite B (HBV) ou de l'hépatite C (HCV) est élevé ou y ont reçu une transfusion sanguine? Date de retour du partenaire: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Avez-vous déjà été enceinte? Si oui, quand pour la dernière fois? _____ Avez-vous reçu des injections hormonales pour le traitement de la stérilité avant le 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vous venez de lire le **formulaire d'information pour les donneuses / 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.

**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 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.
- 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.
- J'accepte, qu'une partie de mon don de sang soit utilisé pour l'amélioration du diagnostic médical, par exemple, pour la fabrication, le développement et le contrôle de la qualité des tests, des appareils et des procédés de laboratoire.
- Je suis d'accord que certains composants de mon don peuvent être utilisés pour la fabrication de médicaments.
- 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 toute maladie soumise à déclaration obligatoire.

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**A compléter par le SRTS CRS :**

Remarques question \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
question \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
question \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Questionnaire contrôlé (réponse aux questions et signature) Date: \_\_\_\_\_ Visa STS: \_\_\_\_\_

Aptitude au don de sang  Oui  
 Non, raison: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Visa STS: \_\_\_\_\_

2e contrôle: Date: \_\_\_\_\_ Visa STS: \_\_\_\_\_