Questionnaire médical et consentement éclairé

Questionnaire médical

Numéro de prélèvement

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 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 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.
- 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 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. Seules les informations codées (numéro du donneur, numéro du produit) et les caractéristiques du groupe sanguin sont transmises pour les soins aux patients.

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :** **Date :** **Signature :**

		Oui	Non	Visa
1.	Avez-vous déjà fait un don de sang ? Si oui, quand pour la dernière fois ? _____ Où ? _____	☐	☐	
2.	Pesez-vous ~~au moins~~ 50 kg ou plus ?	☐	☐	
3.	Vous sentez-vous actuellement en bonne santé ?	☐	☐	
4.	Au cours des 14 derniers jours, avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire ?	☐	☐	
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 ?	☐	☐	
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 ? _____	☐	☐	
	b) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique ou la chute des cheveux (p. ex. Proscar®, Finasterid-Mepha Procapil®, Finacapil® ou Propecia®) ou contre l'acné/ eczéma (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® ou Toctino®) ou contre la dépression (médicaments contenant du lithium, p. ex. Lithiofor®) ou la migraine (p. ex. Topamax®) ou contre les troubles bipolaires (p. ex. Convulex® ou Tegretol®)?	☐	☐	
	c) Avez-vous pris des médicaments contre l'endométriose (p. ex. Lucrin Depot®) au cours des deux derniers mois ?	☐	☐	
	d) Au cours des 4 derniers mois, avez-vous pris une thérapie antirétrovirale PEP/PrEP (p. ex. Truvada®, Isentress® Prezista® ou Norvir®) ou reçu des médicaments fabriqués à partir de sang?	☐	☐	
	e) ~~Au cours des 6 derniers mois, a~~Avez-vous pris, au cours des 6 derniers mois, des médicaments contenant du dutastéride ~~de l'Avodart® ou Duodart®~~ contre l'élargissement de la prostate (p.ex. Avodart ® ou Duodart ®) ?	☐	☐	
	f) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous reçu des cytostatiques (p. ex. du méthotrexate® contre le psoriasis ou l'arthrite) ?	☐	☐	
	g) Au cours des 3 dernières années, avez-vous pris du Neotigason®, Acicutan® contre le psoriasis ou Erivedge® en raison d'un carcinome basocellulaire ou ~~encore~~ reçu une injection de PrEP dans le cadre de la prévention du VIH ?	☐	☐	
7.	a) Avez-vous reçu des vaccins au cours des 4 dernières semaines~~Avez-vous reçu une immunothérapie (cellules ou sérum d'origine humaine ou animale)~~ ? Lesquels ? Quand ?	☐	☐	
	b) Avez-vous reçu des anticorps au cours des 4 derniers mois ~~des anticorps à des fins de protection~~ suite à une ~~éventuel contact~~exposition à ~~avec~~ une maladie (immunisation passive); par exemple Cytotect CP Biotest®, Hepatect CP® ou Varitect CP®, Tetagam P®, ~~au cours des 4 derniers mois~~Au cours des 12 ~~derniers mois, avez-vous été vacciné(e) contre la rage ou le tétanos~~ ?	☐	☐	
	c) Avez-vous reçu un traitement prophylactique contre la rage au cours des 12 derniers mois à la suite d'une morsure à l'étranger~~Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccins ?~~ ~~Lesquels ?~~ ~~Quand ?~~	☐	☐	
8.	Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivants ? 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) ?	☐	☐	
	b) Maladie de la peau (p. ex. blessure, éruption, eczéma, bouton de fièvre) ou affections allergiques (p. ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?	☐	☐	
	c) Autres maladies (p. ex. diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, cancer, ostéoporose) ?	☐	☐	
9.	Au cours des ~~3~~ 12 dernières ~~années~~ mois ou depuis votre dernier don de sang, avez-vous ☐ séjourné à l'hôpital ? ☐ eu un accident ? ☐ été opéré(e) ?	☐	☐	
10.	a) Avez-vous reçu une greffe de tissu ou cellules humain ou animal ou une transplantation d'organe ?	☐	☐	
	b) Avez-vous été opéré(e) du cerveau ou de la moelle épinière à l'étranger ?	☐	☐	

c) Avez-vous été traité(e) par hormone de croissance ou reçu des injections d'hormones pour traiter l'infertilité avant le 01.01.1986 ?	☐	☐	
d) Etes-vous ou 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.	☐	☐	
~~e) Au cours des 4 derniers mois, ou depuis votre dernier don de sang, avez-vous reçu une transfusion sanguine?~~	~~☐~~	~~☐~~	
	Oui	**Non**	**Visa**
e) Au cours des 4 derniers mois, ou depuis votre dernier don de sang, avez-vous reçu une transfusion sanguine?	☐	☐	
11. a) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous ~~voyagé~~ été hors de la Suisse? 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 : _____	☐	☐	
12. a) Etes-vous né(e) hors de la Suisse, ~~y~~ ou avez-vous grandi ou vécu dans un autre pays pendant plus de 6 mois ? Si oui, dans quel pays ? _____ Depuis quand vivez-vous en Suisse ? _____	☐	☐	
b) Votre mère est-elle née dans un pays ~~extra~~non-européen, ~~y~~ ou a-t-elle grandi ou vécu pendant plus de 6 mois dans un pays non-européen ? Si oui, dans quel pays ? _____	☐	☐	
13. a) Avez-vous présenté au cours des - **6 mois précédents** : ☐ toxoplasmose ☐ mononucléose infectieuse ☐ amibiase ☐ shigellose ☐ FSME (méningo encéphalite à tiques) - **12 mois précédents** : ☐ bilharziose ☐ gonorrhée - **2 années précédentes** : ☐ ostéomyélite ☐ fièvre rhumatismale ☐ tuberculose, ☐ fièvre récurrente ☐ syndrome de Guillain-Barré ☐ fièvre Q	☐	☐	
b) Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes : ☐ paludisme ☐ maladie de Chagas ☐ brucellose ☐ échinococcose ☐ leishmaniose ☐ Lymphogranulome vénérien ☐ filariose ☐ babésiose ☐ Ebola ☐ ou d'autres infections graves ? Si oui, lesquelles ? _____ Quand ? _____	☐	☐	
c) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été piqué(e) par une tique ?	☐	☐	
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 ? _____	☐	☐	
14. Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu : ☐ un tatouage, ☐ un piercing, ☐ une épilation électrique, ☐ des traitements cosmétiques tels que p. ex. le maquillage permanent ou Microblading, ☐ une gastro-coloscopie, ☐ un traitement par acupuncture, ☐ 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), ☐ une utilisation des sangsues? Quand ? _____ Où ? _____	☐	☐	
15. Est-ce qu'une ou plusieurs des situations à risque suivantes s'appliquent à vous ? • Avez-vous eu un nouveau partenaire sexuel ou changé de partenaire sexuel 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 contracté le HIV (sida), ou la jaunisse (hépatite B ou C) ou avez-vous déjà été testé positif pour ces virus ? • 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 ?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
16. a) 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 15 ? b) 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 : _____	☐ ☐	☐ ☐	
17. Si cela vous concerne : Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, quand pour la dernière fois ? _____	☐	☐	

A compléter par le SRTS:

Remarques question ____ :_____
question ____ :_____

question ____ :_____

▶ Questionnaire contrôlé (réponses aux questions et signature) Date : _____ Visa STS : _____

▶ Aptitude au don de sang Oui ☐
Non ☐ Raison : _____ Date : _____ Visa STS : _____

IDENTITE & AUTRES INFORMATIONS (Données régionales)