TRANSFUSION CRS NEUCHÂTEL-JURA

Service régional neuchâtelois et jurassien de transfusion sanguine de la CRS ☐

Questionnaire médical (à remplir seulement le jour du don du 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.Veuillez confirmer par votre signature (au bas de ce document) 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.

Répondre par ☒ à chaque question	Oui	Non	Visa
1. Avez-vous déjà fait un don de sang ? Si oui, quand pour la dernière fois ? _____ Où ? _____	☐	☐	
2. Pesez-vous plus de 50 kg ?	☐	☐	
3. Vous sentez-vous actuellement en bonne santé ?	☐	☐	
4. Au cours des 72 dernières heures, avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire ?	☐	☐	
5. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu des soins médicaux ou présenté une fièvre supérieure à 38° C ?	☐	☐	
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 ? _____	☐	☐	
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®, Isotretinoin®, Tretinac® ou Toctino®) ?	☐	☐	
c) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique (p. ex. Avodart® ou Duodart®) ?	☐	☐	
d) Au cours des 3 dernières années, avez-vous pris du Neotigason®, Acicutan® (psoriasis) ou Erivedge® (carcinome basocellulaire)?	☐	☐	
7. a) Avez-vous reçu une immunothérapie (cellules ou sérum d'origine humaine ou animale) ?	☐	☐	
b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été vacciné(e) contre la rage ou le tétanos ?	☐	☐	
c) 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 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) ?	☐	☐	
b) Maladie de la peau (p. ex. blessure, éruption, eczéma) ou affection allergique (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) ?	☐	☐	
9. Au cours des 3 dernières années ou depuis votre dernier don de sang, avez-vous ☐ été malade ? ☐ eu un accident ? ☐ été opéré(e) ?	☐	☐	
10. a) Avez-vous reçu une greffe de tissu humain ou animal ou une transplantation d'organe ?	☐	☐	
b) Avez-vous été opéré(e) du cerveau ou de la moelle épinière ?	☐	☐	
c) Avez-vous été traité(e) par hormone de croissance avant le 01.01.1986 ?	☐	☐	
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.	☐	☐	
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) ?	☐	☐	
f) Avez-vous reçu une transfusion sanguine depuis le 01.01.1980 ?	☐	☐	
11. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous voyagé hors de la Suisse? 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 : _____	☐	☐	

	Oui	Non	Visa
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 ? _____	☐	☐	
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 ? _____	☐	☐	
13. a) Avez-vous présenté durant les - **6 mois précédents** : ☐ toxoplasmose ☐ fièvre glandulaire ☐ amibiase ☐ shigellose ☐ MEVE - **12 mois précédents** : ☐ bilharziose ☐ gonorrhée - **2 années précédentes** : ☐ ostéomyélite ☐ fièvre rhumatismale ☐ tuberculose ☐ fièvre récurrente ☐ syndrome de Guillain-Barré	☐	☐	
b) Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes : ☐ paludisme ☐ maladie de chagas ☐ brucellose ☐ échinococcose ☐ leishmaniose ☐ lymphogranulome vénérien ☐ filariose ☐ fièvre Q ☐ babésiose ☐ Ebola ? Si oui, quand ? _____	☐	☐	
c) Avez-vous déjà présenté une autre maladie infectieuse grave ? Si oui, laquelle ? _____ Quand ? _____	☐	☐	
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 : _____	☐	☐	
14. Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu : ☐ un tatouage ☐ une gastro-, coloscopie ☐ un traitement par acupuncture ☐ une épilation par aiguille ☐ un maquillage permanent ☐ un piercing ☐ 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) ? Quand ? _____	☐	☐	
15. Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou eu un test de l'hépatite positif ?	☐	☐	
16. Une personne avec laquelle vous vivez, cohabitez ou avez des rapports sexuels a-t-elle présenté une jaunisse (hépatite) ou la maladie à virus Zika au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐	
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 b) Rapport sexuel (protégé ou non) avec des partenaires changeants/successifs au cours des 12 derniers mois c) Au cours des 12 derniers mois, séjour d'une durée d'au moins 6 mois dans un pays où le taux de l'infection à HIV est élevé d) Rapport sexuel contre rémunération pécuniaire, drogues ou médicaments e) Injection de drogue, ancienne ou actuelle f) Test positif pour le HIV (sida), la syphilis ou la jaunisse (hépatite B ou C) g) Seulement pour les hommes : rapport sexuel entre hommes au cours de votre vie et/ou rapport sexuel entre hommes au cours des 12 derniers mois	☐	☐	
18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires a) qui ont été exposé(e)s à une situation à risque selon la question 17, ou b) qui ont reçu une transfusion sanguine dans un pays où le taux de l'infection à HIV est élevé	☐	☐	
19. **Seulement pour les femmes** : Avez-vous déjà été enceinte ? a) Si oui, quand pour la dernière fois ? _____ b) Avez-vous reçu des injections hormonales en raison d'une stérilité avant le 1.1.1986 ?	☐ ☐	☐ ☐	

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 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 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 Suisse (T-CH CRS) et les services régionaux de transfusion sanguine CRS (SRTS CRS). Les SRTS sont légalement tenus de signaler aux autorités toute maladie soumise à déclaration obligatoire.

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