SERVICE DE TRANSFUSION
ROUTE DE LA CORNICHE 2
CH-1066 EPALINGES
MA VIE TON SANG.ch
SERVICE RÉGIONAL VAUDOIS DE TRANSFUSION SANGUINE

Tél. gratuit 0800 14 65 65

Horaires d'accueil des donneurs de sang complet
Lundi - Mercredi - Vendredi de 07h30 à 16h00
Mardi et Jeudi de 08h30 à 19h00

INSCRIPTION AU DON DE SANG

N° Donneur :

A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES ET AU STYLO BILLE

NOM: ..... SEXE: M ☐ F ☐

PRENOM(S): ..... DATE DE NAISSANCE: ☐ ☐ ☐
jour *mois* *année*

ADRESSE:
.....
.....

NP: ..... LOCALITE: ..... TEL PRIVE: .....

TEL PROF.: .....

E-MAIL.: ..... …….. TEL MOBILE.: .....

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 **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 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.

			Oui	Non	Visa
1.		Avez-vous déjà donné de votre sang ? Si oui, quand pour la dernière fois ? ..... Où ?	☐	☐	
2.		Pesez-vous plus de 50 kg ?	☐	☐	
3.		Etes-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 du Proscar®, des finastérides (hyperplasie prostatique), du Roaccutan® (acné) ou du Propecia® (calvitie) ?	☐	☐	
	c)	Au cours des 6 derniers mois avez-vous pris de l'Avodart® (hyperplasie prostatique) ?	☐	☐	
	d)	Au cours des 3 dernières années avez-vous pris du Neotigason (psoriasis) ?	☐	☐	
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, l'hépatite B, le tétanos ?	☐	☐	
	c)	Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccinations ? Lesquelles ? ..... Quand ?	☐	☐	
8.	a)	Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivantes : Affection cardiaque/circulatoire (p. ex. problème de pression artérielle, infarctus, opération, accident vasculaire cérébral, perte de conscience), ou pulmonaire (problèmes respiratoires) ?	☐	☐	
	b)	Maladie de la peau (p. ex. blessure, éruption, eczéma) ou affection allergique (p. ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?	☐	☐	
	c)	Autres maladies (diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, cancer) ?	☐	☐	
9.		Au cours des 12 derniers mois ou depuis votre dernier don de sang avez-vous ☐ été malade ☐ eu un accident ☐ été opéré(e) ?	☐	☐	
10.	a)	Avez-vous reçu une greffe d'organe ou de tissu humain ou animal ?	☐	☐	
	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 1.1.1986 ?	☐	☐	
	d)	Un membre de votre famille est-il ou a-t-il été atteint par la maladie de Creutzfeldt-Jakob ?	☐	☐	
	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 (Angleterre, Pays de Galles, Ecosse, Irlande du Nord, Ile de Man, Iles Falkland, Iles Anglo-Normandes, Gibraltar) ?	☐	☐	
	f)	Avez-vous reçu une transfusion sanguine depuis le 1.1.1980 ?	☐	☐	

			Oui	Non	Visa
11.		Au cours des 6 derniers mois avez-vous voyagé hors de la Suisse ? Où ? …… Depuis quand êtes-vous de retour ? …… Avez-vous présenté des symptômes (p. ex. fièvre) sur place ou depuis votre retour ?	☐ ☐	☐ ☐	
12.	a)	Etes-vous né(e) dans un pays extra-européen, y avez-vous grandi ou vécu plus de 6 mois ? Ou ? …… Depuis quand vivez-vous en Europe ? ……	☐	☐	
	b)	Votre mère est-elle née dans un pays extra-européen, y a-t-elle grandi ou vécu plus de 6 mois ? Si oui, dans quel pays ? ……	☐	☐	
13.	a)	Avez-vous déjà souffert de : ☐ tuberculose ☐ infection osseuse ☐ toxoplasmose ☐borréliose ☐ brucellose ☐ fièvre typhoïde ☐ fièvre Q ☐ babésiose ☐ mal. de Chagas ☐ leishmaniose ☐ malaria Quand ? ……	☐	☐	
	b)	Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été piqué(e) par une tique ou eu un contact avec des personnes atteintes d'une maladie infectieuse ? Si oui, précisez : ……	☐	☐	
14.		Au cours des 4 derniers mois avez-vous eu : ☐ une gastroscopie / coloscopie ☐ un tatouage ☐ un piercing ☐ de l'acupuncture ☐ un maquillage permanent ☐ une épilation par aiguille ? ☐ un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang dans les yeux, la bouche ou autres partie du corps) Quand ? ……	☐	☐	
15.	a)	Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou eu un test de l'hépatite positif ? Quand ?	☐	☐	
	b)	Un membre de votre entourage, de votre milieu familial, ou votre partenaire sexuel habituel a-t-il présenté une jaunisse (hépatite) au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐	
16.		Vous êtes-vous exposé(e) à l'une des situations à risque suivantes :			
	a)	Changement de partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois ou rapports sexuels avec de multiples partenaires au cours des 12 derniers mois (rapports protégés ou non)	☐	☐	
	b)	Séjour pendant au moins 6 mois, au cours des 5 dernières années, dans des pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA	☐	☐	
	c) d) e) f)	Rapports sexuels entre hommes depuis 1977 Rapports sexuels contre rémunération depuis 1977 Injection de drogue actuellement ou dans le passé Test positif pour le virus du SIDA (VIH), la syphilis ou la jaunisse (hépatite B et C)	☐	☐	
17.		Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec des partenaires exposés à l'une des situations à risque mentionnées sous point 16 ou qui ont reçu des transfusions sanguines dans un pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA ?	☐	☐	
Ne concerne que les femmes					
18.		Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, date de la dernière grossesse : ……	☐	☐	
19.		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 » (F005) 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 des résultats en cas d'anomalie.
- Je suis conscient que certains composants de mon don peuvent être utilisés pour la fabrication de médicaments. Je consens aussi à ce que certains composants de mon don soient utilisés pour la recherche médicale, après anonymisation définitive.
- Je suis conscient(e) que ces informations sont soumises au secret médical et que les données sont exclusivement utilisées par le Service de transfusion sanguine CRS (T-CH CRS) et les Services régionaux de transfusion sanguine CRS.

Date :	**Nom/Prénom :**	**Date de naissance :**	**Signature :**
……..	……	……	……

Réservé au service de transfusion sanguine ***Version 01/2013***

Q. No: _____

Q. No: _____

Q. No: _____

Q. No: _____

Apte au don : OUI ☐ NON ☐ Type de don : …… Raison : ……

Analyses ……

Hb / Ht	TA	Poids	Date/Visa
Visa	Pouls	H :	Gr : Convoc. : …… Légit. ☐
		Visa ponct. :	Commentaire prélèvement
No prélèvement		Visa fin :	
		Visa sortie :	

Avis médical ☐ Visa :