

Sexe:

Langue (A/F/I):

Prénom:

Nom:

Date de naissance:

Rue N°:

NPA / Lieu:

Tél. privé:

Tél. prof.:

Tél. portable :

Courriel:

Motivation:

Tél. contact:

Type contact:

J'ai déjà donné de la moelle osseuse ou des cellules souches périphériques.\*

No  Oui Date:  Moelle osseuse  Cellules souches périphériques

Je participe aux frais de groupage:

Oui, avec CHF 140.—  Oui, avec CHF 100.—  Oui, avec CHF 60.—  Oui, avec CHF.....  No

\* Champs obligatoires

(\*) Svp. indiquer au moins un numéro de téléphone additionnel (important pour la prise de contact)

Prière de remplir le questionnaire médical au verso



## Questionnaire médical: Enregistrement comme donneur de cellules souches du sang

Question	Oui	Non	*
1. Avez-vous un poids d'au moins 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Présentez-vous ou avez-vous présenté les maladies ou les symptômes suivants? <input type="checkbox"/> Tension: <input type="checkbox"/> hypotension <input type="checkbox"/> hypertension <input type="checkbox"/> Maladie de la thyroïde: laquelle? _____ <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde et/ou angine de poitrine <input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire/accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Asthme, facteur déclenchant? _____ <input type="checkbox"/> Allergies: lesquelles? _____ <input type="checkbox"/> Diabète (sucré) <input type="checkbox"/> Type I <input type="checkbox"/> Type II <input type="checkbox"/> grossesse avec prise d'insuline <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire <input type="checkbox"/> Epilepsie, sans thérapie et sans crise depuis _____ <input type="checkbox"/> Cancer; prière de spécifier: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui, lesquels? _____ Prière d'expliquer les motifs de la prise sous remarques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Prenez-vous actuellement: des médicaments contre l'hypertrophie de la prostate ou la calvitie (p. ex. Alocapil, Finacapil, Propecia ou Proscar) ou contre l'acné (p. ex. Roaccutane, Curacne, Isotrétinoïne, Trétinac ou Tactino)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous pris au cours des 6 derniers mois le médicament Avodart ou Duodart contre l'hypertrophie de la prostate? A partir de _____ jusqu' à _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous pris au cours des 12 derniers mois le médicament Neotigason ou Acicutan (psoriasis)? A partir de _____ jusqu' à _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Avez-vous pris au cours des 2 dernières années le médicament Erivedge (vismodegib)? A partir de _____ jusqu' à _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Avez-vous déjà reçu une immunothérapie (cellules ou sérum d'origine humaine ou animale)? Prière de spécifier: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Avez-vous reçu des greffes de tissus humains ou animaux? Prière de spécifier: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous déjà été opéré du cerveau ou de la moelle épinière? Prière de spécifier: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous été traité par l'hormone de croissance avant le 1er janvier 1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Question	Oui	Non	*
d) Vous-même ou une personne apparentée au 1er degré êtes-vous atteints de la maladie de Creutzfeldt-Jakob? Veuillez le signaler même en cas de doute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Au cours des 12 derniers mois avez-vous reçu une ou plusieurs transfusions sanguines (érythrocytes, thrombocytes, plasma)? Si oui, quand? _____ Dans quel pays? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes: <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Maladie de Chagas <input type="checkbox"/> Fièvre Q <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Babésiose <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Tuberculose Quand? _____ Traitement terminé depuis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou eu un test de l'hépatite positif? Lequel? Hépatite <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C quand? _____ <input type="checkbox"/> à la naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous séjourné pendant au moins 6 mois dans un pays dont la population est largement atteinte par le sida? De retour depuis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Vous êtes-vous déjà exposé à l'une ou plusieurs des situations à risque suivantes? - Rappports sexuels avec plus de 3 partenaires différents au cours des 4 derniers mois - Rappports sexuels contre rémunération (donneur paie ou est payé) plus d'une fois au cours des 12 derniers mois - Injection de drogues au cours des 10 dernières années - Test positif pour le virus du sida (VIH), la syphilis ou l'hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Avez-vous actuellement des rapports sexuels avec des partenaires - qui se sont exposés au cours des 12 derniers mois à l'une des situations à risque mentionnées à la question 10 qui ont reçu au cours des 12 derniers mois des transfusions sanguines dans des pays dont la population est largement atteinte par le sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ne concerne que les femmes</b>			
12. a) Etes-vous enceinte actuellement? Si oui, date prévue pour l'accouchement? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ou bien avez-vous accouché au cours des 12 derniers mois? Quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Avez-vous reçu des injections hormonales avant le 1er janvier 1986 en raison d'une stérilité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*Ne pas remplir la colonne grise

### Questions et remarques:

<b>A remplir par le Donor Center SBSC / SRTS :</b>			
Apte au groupage : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Remarques: _____			
Suspension jusqu'au: .....			
Date: ..... Signature: .....			

## DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

- J'ai pris connaissance des informations contenues dans la brochure d'information «Le don de cellules souches du sang: Ce que vous devez savoir» (version actuellement valable) et je les ai comprises. Toutes les questions que j'ai posées ont obtenu une réponse
- Je confirme par la présente que j'ai rempli le questionnaire destiné aux donneurs en toute bonne foi et au mieux de mes connaissances
- Je déclare à Transfusion CRS Suisse SA accepter,
  - qu'on me prélève un échantillon de muqueuse buccale, de salive ou de sang pour le remettre au laboratoire compétent en Suisse ou à l'étranger en vue du groupage HLA et d'autres analyses (groupe sanguin, CMV)
  - que mes données personnelles et les résultats de mes tests soient saisis dans la banque de données de Transfusion CRS Suisse SA
  - que mes données soient transmises sous forme pseudonymisée à des registres étrangers de donneurs de cellules souches du sang dans le cadre de recherches de donneur (détermination de la compatibilité) pour des patients du monde entier
  - que Transfusion CRS Suisse SA et les laboratoires mandatés par cette organisation utilisent mes échantillons et mes données HLA afin d'analyser la variabilité HLA et la répartition des différentes combinaisons HLA au sein de la population. Mes données sont alors utilisées sous un pseudonyme. Ces analyses n'entraînent aucun risque pour moi
- J'ai lu et compris les dispositions ci-après sur la protection des données et je consens à ce que mes données soient utilisées en vertu des dispositions sur la protection des données
- Pour que la banque de données soit constamment à jour, je communiquerai toute modification de mes données personnelles

Je m'enregistre comme donneuse/donneur de cellules souches du sang

Date: ..... Signature: .....

Nom, prénom: .....

Certains patients qui ont déjà reçu beaucoup de transfusions de plaquettes sanguines développent des anticorps contre certains groupes tissulaires. Généralement, il s'agit de patients cancéreux, souvent des leucémiques. Ces patients nécessitent alors des plaquettes sanguines d'un donneur possédant des caractéristiques tissulaires compatibles afin de prévenir les hémorragies potentiellement dangereuses. De par votre groupage HLA, vous pourriez donc être sollicité/e exceptionnellement comme donneur/donneuse de plaquettes sanguines.

J'accepte par la présente que mes données HLA et mes coordonnées soient communiquées au service régional de transfusion sanguine concerné pour une recherche pour un don de plaquettes.

Oui  Non

## DISPOSITIONS SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

La protection de votre sphère privée revêt une importance primordiale pour Transfusion CRS Suisse SA. Les présentes directives sur la protection des données expliquent ce à quoi vous consentez lorsque vous vous inscrivez au registre des donneurs de cellules souches du sang. Toutes les données relevées sont saisies, sauvegardées et traitées dans le respect de la Loi fédérale sur la protection des données (LPD) et du règlement général de l'UE sur la protection des données (RGPD).

### Mode de collecte des données:

En vous inscrivant au registre des donneurs de cellules souches du sang, vous autorisez Transfusion CRS Suisse SA à saisir vos nom, date de naissance et coordonnées ainsi que des informations sur votre état de santé. Les échantillons prélevés pour le groupage HLA et d'autres analyses (groupe sanguin, CMV) peuvent être conservés et utilisés pour des tests futurs visant à déterminer la compatibilité avec un patient déterminé. Si Transfusion CRS Suisse SA a besoin de vous joindre pour une raison impérative mais n'y parvient pas, il peut arriver à titre exceptionnel qu'une requête soit adressée au service du contrôle des habitants concernés. Ledit service du contrôle des habitants est alors libéré du devoir de protection des données et autorisé à communiquer l'adresse de votre nouveau domicile à Transfusion CRS Suisse SA.

### Mode de protection et d'utilisation des données:

Transfusion CRS Suisse SA a pour obligation envers l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'investir constamment dans la sécurité et la protection des données afin de prévenir toute perte, utilisation abusive ou modification non autorisée de vos données comme le prévoient la LPD et le RGPD. Vos données personnelles ainsi que le groupage HLA sont sauvegardés dans la banque de données sur les donneurs de cellules souches du sang de Transfusion CRS Suisse SA.

### Mode de transmission des données:

La transmission à des tiers est exclusivement réalisée dans le cadre du mandat fédéral relatif à la gestion du registre des donneurs de cellules souches du sang et à la mise à disposition de donneurs pour des patients. Transfusion CRS Suisse SA veille alors à ce que la transmission des données aux tiers s'aligne sur les dispositions de la LPD et du RGPD. Toute vente ou transmission de vos données par Transfusion CRS Suisse SA à des tiers à leurs propres fins de marketing est exclue.

### Mode d'archivage des données:

Transfusion CRS Suisse SA archive les données selon les prescriptions légales en vigueur. Vous restez inscrit/e au registre jusqu'à votre 60<sup>e</sup> anniversaire. Vous pouvez révoquer votre enregistrement en tout temps et sans conséquence. Si des motifs personnels ou des raisons médicales devaient vous rendre inapte à un don de moelle osseuse ou de cellules souches du sang périphérique, vous voudrez bien en aviser au plus vite Transfusion CRS Suisse SA.

Pour toute question sur nos directives sur la protection des données, vous pouvez vous adresser à [datenschutz@blutspende.ch](mailto:datenschutz@blutspende.ch).



<b>Nr:</b> N/A	<b>Name:</b> FOR_771_donor_questionnaire_online_F	<b>Version:</b> 5	<b>Gültig ab:</b> 13.08.2019
<b>Owner:</b> bncgnico	<b>Geschäfts-/Teilprozess:</b> SBSC / Vorschriften	<b>Seite:</b> 3 von 3	