



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ  
TRANSFUSION CRS SUISSE  
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Chapitre

**Chapitre 17 A1: Questionnaire médical et consentement éclairé**

Entré en vigueur : 01.02.2022

Version : 19

## Chapitre 17 A1: 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 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.

**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 ? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 2. Pesez-vous plus de 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 7 jours, avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 5. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu des soins médicaux ou présenté une fièvre supérieure à 38° C ?  | <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) ? 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®, Finacapil®, 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®/Norvir®) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| d) Au cours des 6 dernier mois, avez-vous pris du Avodart® ou Duodart® pour l'élargissement de la prostate ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| e) Au cours des 3 dernières années, avez-vous pris du Neotigason®, Acicutan® (psoriasis) ou Erivedge® (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 ? _____ Quand ? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 8. Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivants ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 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) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| b) Maladie de la peau (p. ex. blessure, éruption, eczéma, bouton de fièvre) ou affection allergique (p. ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| c) Autres maladies (p. ex. diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, cancer, 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"/> eu un séjour 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 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?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| a) Si oui, où et pour combien de temps ? _____ Depuis quand êtes-vous de retour ? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| b) Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p. ex. fièvre) ? Si oui, précisez : _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| c) Y avez-vous eu des interventions médicales ou paramédicales ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ  
TRANSFUSION CRS SUISSE  
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Chapitre

**Chapitre 17 A1: Questionnaire médical et consentement éclairé**

Entré en vigueur : 01.02.2022

Version : 19

|  | Oui  | Non  | Visa |
|--|--|--|------|
| 12. a) Etes-vous né(e) hors de la Suisse, y avez-vous grandi ou vécu pendant plus de 6 mois ?<br>Si oui, dans quel pays ? _____ 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 au cours des<br>- <b>6 mois précédents</b> : <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> mononucléose infectieuse <input type="checkbox"/> amibiase <input type="checkbox"/> shigellose<br><input type="checkbox"/> FSME (méningo encéphalite à tiques)<br>- <b>12 mois précédents</b> : <input type="checkbox"/> bilharziose, <input type="checkbox"/> gonorrhée<br>- <b>2 années précédentes</b> : <input type="checkbox"/> ostéomyélite <input type="checkbox"/> fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/> tuberculose, <input type="checkbox"/> fièvre récurrente<br><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<br><input type="checkbox"/> brucellose <input type="checkbox"/> échinococcose <input type="checkbox"/> leishmaniose <input type="checkbox"/> Lymphogranulome vénérien <input type="checkbox"/> filariose <input type="checkbox"/> fièvre Q<br><input type="checkbox"/> babesiose <input type="checkbox"/> Ebola ? Si oui, quand ? _____  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |      |
| c) Avez-vous déjà présenté une autre maladie infectieuse grave ?<br>Si oui : laquelle ? _____ Quand ? _____  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |      |
| 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 : _____   | <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- coloscopie,<br><input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture, <input type="checkbox"/> une épilation par aiguille, <input type="checkbox"/> des traitements cosmétiques tels que le maquillage permanent ou Microblading, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> 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 ? _____ Où ? _____   | <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. Une personne avec laquelle vous avez des rapports sexuels a-t-elle présenté la maladie à virus Zika au cours des 3 derniers mois ?   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |      |
| 17. a) Vous êtes-vous exposé(e) à l'une des situations à risque suivante ?<br>• Changement de partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois<br>• Rapport sexuel (protégé ou non) avec des partenaires changeants/successifs (plus que deux) au cours des 4 derniers mois<br>• Rapport sexuel sous l'influence de drogues de synthèse au cours des 12 derniers mois<br>• Rapport sexuel contre rémunération pécuniaire, drogues ou médicaments au cours des 12 derniers mois<br>• Injection de drogue, ancienne ou actuelle<br>• Test positif pour le HIV (sida), la syphilis ou la jaunisse (hépatite B ou C)<br>• Une personne avec laquelle vous vivez, cohabitez ou avez des rapports sexuels a-t-elle présenté une jaunisse (hépatite) au cours des 6 derniers mois ? | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |      |
| 17. b) <i>Pour être répondu par des hommes seulement :</i><br>• Rapport sexuel entre hommes au cours de votre vie<br>• Rapport sexuel entre hommes au cours des 12 derniers mois   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   |      |
| 17. c) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires<br>• qui ont été exposé(e)s à une situation à risque selon la question 17 ?<br>Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires<br>• qui ont eu un séjour d'une durée d'au moins 6 mois dans un pays où le taux de l'infection au HIV, VHC ou VHB est élevé ou y ont reçu une transfusion sanguine ? Date de retour du partenaire : _____   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   |      |
| 18. <i>Pour être répondu par les femmes seulement:</i><br>• Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, quand pour la dernière fois ? _____<br>• Avez-vous reçu des injections hormonales en raison d'une stérilité avant le 1.1.1986 ?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   |      |

**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)**