



Enregistrement comme donneuse ou donneur de cellules souches du sang

Sexe:

Langue:

Prénom:

Nom:

Date de naissance:

Rue / N°:

NPA / Lieu:

Tél. privé:

Tél. prof.:

Tél. portable:

Courriel:

Motivation:

Exemplaire modèle

Donation volontaire

Chaque nouvel enregistrement coûte 140 francs. Je souhaite participer à ces frais par un don de:

CHF 140.-

CHF 100.-

CHF 60.-

Montant libre CHF _____

Prière de remplir le questionnaire médical au verso.





Enregistrement comme donneuse ou donneur de cellules souches du sang

Question	Oui	Non	*
1. Avez-vous un poids d'au moins 50 kg et un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 40?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous déjà donné votre moelle osseuse ou vos cellules souches du sang périphérique ? Si oui, date: _____ <input type="checkbox"/> Moelle osseuse <input type="checkbox"/> Cellules souches du sang périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. a) Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté une des maladies suivantes? - Maladie cardiovasculaire grave - Maladie pulmonaire grave - Maladie du sang, trouble de la coagulation sanguine - Cancer - Maladie auto-immune/maladie inflammatoire chronique - Maladie rénale grave - Maladie neurologique ou psychique grave - Allergie sévère - Diabète insulino-dépendant - Maladie de la glande thyroïde d'origine auto-immune b) Autre maladie Laquelle? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui, lesquels? _____ Prière d'expliquer les motifs de la prise sous commentaires. b) Avez-vous pris au cours des 2 dernières années le médicament Erivedge (Vismodégib)? 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 déjà reçu une greffe de tissu humain? Prière de spécifier: _____ b) Avez-vous déjà reçu une greffe de tissu animal? Prière de spécifier: _____ c) Avez-vous déjà été opéré du cerveau ou de la moelle épinière? Prière de spécifier: _____ d) Avez-vous été traité par l'hormone de croissance avant le 1er janvier 1986? e) A-t-on déjà établi ou suspecté chez vous-même ou un parent au premier degré la présence de la maladie de Creutzfeldt-Jakob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Au cours des 12 derniers mois avez-vous reçu une transfusion sanguine (érythrocytes, thrombocytes, plasma)? Si oui, quand? _____ Dans quel pays? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Avez-vous déjà présenté une des maladies suivantes a) Brucellose, babésiose, leishmaniose, fièvre virale hémorragique, fièvre Q, maladie de Chagas? b) Tuberculose? Traitement terminé depuis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Question	Oui	Non	*
9. Avez-vous déjà présenté une jaunisse 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"/>	
10. Vous êtes-vous déjà exposé à l'une ou plusieurs des situations à risque suivantes? - Rapports sexuels avec plus de 3 partenaires différents au cours des 4 derniers mois - Rapports 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 VIH (SIDA), la syphilis ou l'hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Avez-vous actuellement des rapports sexuels avec des partenaires qui, au cours des 12 derniers mois, ont été exposés à l'une des situations à risque mentionnées dans la question 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ne concerne que les femmes	Oui	Non	*
12. a) Etes-vous enceinte actuellement? Si oui, date prévue pour l'accouchement? _____ b) Avez-vous accouché au cours des 12 derniers mois? Quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Ne pas remplir la colonne

Il vous est possible de poser ici toutes vos questions ou de soumettre vos commentaires:

A remplir par le Donor Center SBSC/SRTS:

Apte à l'enregistrement: Oui Non

Remarques:

Suspension jusqu'au:

Date: _____ Signature: _____



Enregistrement comme donneuse ou donneur de cellules souches du sang

Déclaration de consentement et protection des données

- J'ai pris connaissance des informations contenues dans la brochure d'information «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 satisfaisante.
- Je confirme par la présente que j'ai rempli le questionnaire destiné aux donneuses et 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 sous un pseudonyme au laboratoire compétent en Suisse ou à l'étranger en vue du groupage HLA et d'autres analyses (groupe sanguin, CMV, CCR5).
Plus d'informations sur: don-cellules-souches-sang.ch/analyses
 - que mes données soient transmises sous forme pseudonymisée à des registres étrangers de donneuses et donneurs de cellules souches du sang dans le cadre de recherches de donneuse ou donneur (détermination de la compatibilité) pour des patientes et 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 seront alors anonymisées et ces analyses n'entraîneront aucun risque pour moi.
 - que les échantillons prélevés pour le groupage HLA et les autres analyses soient conservés afin d'être utilisés ultérieurement pour vérifier la compatibilité avec un patient déterminé ou une patiente déterminée.
- Sauf avis contraire de ma part, je figurerai comme donneuse ou donneur au registre jusqu'à mon 60^e anniversaire. Je peux révoquer mon enregistrement en tout temps et sans conséquence pour moi. Si le don de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques ne m'est plus possible pour des raisons médicales ou des motifs personnels, j'en avise sans délai Transfusion CRS Suisse SA.
- Pour que l'on puisse me joindre rapidement en vue d'une sollicitation pour un don, je communiquerai immédiatement ou sur demande toute modification de mes données personnelles, dont les informations sur mon aptitude au don.
- J'ai lu et compris les dispositions sur la protection des données et je consens à ce que mes données soient utilisées en vertu des dispositions sur la protection des données (voir code QR ci-dessous).

Pour toute question sur nos dispositions sur la protection des données, vous pouvez vous adresser à datenschutz@blutspende.ch

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

Date: _____ Signature: _____

Nom, prénom: _____

Consentement au don de plaquettes

Certains patients ou patientes 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, il se pourrait que l'on vous demande de donner des plaquettes sanguines.

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

Oui Non

Consentement marketing

J'autorise Transfusion CRS Suisse SA à prendre contact avec moi à des fins de marketing liées au don de cellules souches du sang, c'est-à-dire à me faire parvenir des informations pertinentes sur le don de cellules souches du sang. Je sais que mes données sensibles à protéger, telles les données sur ma santé, ne seront pas utilisées dans ce cadre. Je peux révoquer en tout temps la présente déclaration de consentement.

Oui Non

Dispositions sur la protection des données



Plus d'informations sur:
don-cellules-souches-sang.ch/protection-des-donnees