



Nom: _____

Prénom: _____

Nom de jeune fille: _____

Date de naissance:

Entnahmenummer:

Veillez lire attentivement la fiche informative ci-jointe avant de remplir, le jour-même du don, le questionnaire (page 1 et 2) avec un stylo-bille bleu ou noir.

Pour une identification sûre, nous vous prions d'inscrire votre date de naissance. Jour Mois Année

A remplir seulement en cas de changement:

Nom: _____ Prénom: _____

Rue et numéro: _____

NPA et localité: _____ E-mail: _____

Tél. privé: _____ Tél. prof.: _____ Tél. mobile: _____

À remplir par le personnel. Personaldaten überprüft und mit CTS verifiziert. Visum:

Blutdruck <input type="text"/> max. 180/110 min. 100/50	Temperatur <input type="text"/> max. 38°	Visum <input type="text"/>	Extra <input type="text"/>	ACD <input type="text"/>	Ausw. <input type="text"/>	Arzt <input type="text"/>	RW <input type="text"/>
Puls <input type="text"/> max. 100 min. 50	HB F 125-165 M 135-185	Visum <input type="text"/>	Gewicht <input type="text"/>	Grösse <input type="text"/>	KK <input type="text"/>	ME <input type="checkbox"/> mRö <input type="checkbox"/> oRö	Grund <input type="text"/>

Phlebotomistin <input type="text"/>	Beginn <input type="text"/>	Ende <input type="text"/>	Entn.-Dauer/Visum <input type="text"/>	Entn.-Menge <input type="text"/>	Lot-Nummer <input type="text"/>
--	--------------------------------	------------------------------	---	-------------------------------------	------------------------------------

Bemerkungen: _____
Visum: _____



Questionnaire médical

Répondre par X à chaque question

	Oui	Non	Visa
1. Avez-vous déjà donné de votre 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. Êtes-vous actuellement en bonne santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Au cours des 72 dernières heures 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 du Proscar® (hyperplasie prostatique), du Roaccutan® (acné), du Propecia® (calvitie), ou au cours des 6 derniers mois de l'Avodart® (hyperplasie prostatique)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Au cours des 3 dernières années avez-vous pris du Neotigason®/ du Soriatane® (psoriasis)?	<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, l'hépatite B, le tétanos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccinations? Lesquelles? _____ Quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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, perte de conscience)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Maladie de la peau (p. ex. blessure, éruption, eczéma) ou affection allergique (p. ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) autres maladies (diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, cancer)? Dépendance (alcool, drogues ou médicaments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Au cours des 12 derniers mois ou depuis votre dernier don de sang avez-vous <input type="checkbox"/> été malade? <input type="checkbox"/> été opéré(e)? <input type="checkbox"/> eu un accident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Oui	Non	Visa
10. a) Avez-vous reçu une greffe d'organe ou de tissu humain ou animal?	<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 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Êtes-vous/un membre de votre famille est 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 1.1.1980 et le 31.12.1996 pour une durée totale de 6 mois ou plus en Grande-Bretagne ou en Irlande du Nord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Avez-vous reçu une transfusion sanguine depuis le 1.1.1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Au cours des 6 derniers mois avez-vous voyagé hors d'Europe? 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)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Avez-vous déjà eu une ou des crises de malaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Êtes-vous né(e)/avez-vous grandi ou vécu plus de 6 mois dans une région où sévit la malaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a) Avez-vous déjà présenté une des maladies suivantes: <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> borréliose <input type="checkbox"/> babésiose <input type="checkbox"/> brucellose <input type="checkbox"/> maladie de Chagas <input type="checkbox"/> infection osseuse <input type="checkbox"/> leishmaniose <input type="checkbox"/> fièvre Q <input type="checkbox"/> Quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu un contact avec une personne présentant une maladie infectieuse? Si oui, précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Au cours des 6 derniers mois avez-vous eu: <input type="checkbox"/> un tatouage <input type="checkbox"/> une gastro-, colonoscopie <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture <input type="checkbox"/> une épilation par aiguille <input type="checkbox"/> un maquillage permanent <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> une blessure par aiguille souillée Quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. a) Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou eu un test de l'hépatite positif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Questionnaire médical

Répondre par X à chaque question

	Oui	Non	Visa
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Vous êtes-vous exposé(e) à l'une des situations à risque suivante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Changement de partenaire sexuel au cours des 6 derniers mois ou rapports sexuels avec de multiples partenaires au cours des 12 derniers mois (rapports protégés ou non)			
b) Au cours des 5 dernières années, séjour pendant au moins 6 mois dans des pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA			
c) Rapports sexuels entre hommes depuis 1977			
d) Rapports sexuels contre rémunération depuis 1977			
e) Injection de drogue actuellement ou dans le passé			
f) Test positif pour le virus du SIDA (VIH), la syphilis ou la jaunisse (hépatite B et C)			

Entnahmenummer:

	Oui	Non	Visa
17. Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec des partenaires exposé(e)s à l'une des situations à risque mentionnée sous points 16 ou qui ont reçu des transfusions sanguines dans les pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ne concerne que les femmes:			
18. a) Avez-vous déjà été enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Si oui, date de la dernière grossesse _____			
19. Avez-vous reçu des injections hormonales en raison d'une stérilité avant le 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Formulaire de consentement à compléter et signer par la donneuse/le donneur:

- Je consens par la présente à donner de mon sang.
- Je sais que j'ai en tout temps la possibilité pendant et après le don, sans donner de raison, de faire marche arrière et d'interdire l'utilisation du sang donné.
- Je confirme par ma signature que j'ai bien lu et compris toutes les informations du formulaire d'information pour les donateurs de sang (version 07) 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 également à ce que mon don ou certains de ses composants soient utilisés pour la recherche médicale après anonymisation définitive.
- Je suis conscient que ces informations sont soumises au secret médical et que les données sont exclusivement utilisées par le Service de transfusion sanguine CRS (STS CRS) et les Services régionaux de transfusion sanguine CRS (SRTS CRS).

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

(remplir en caractères d'imprimerie svpl.)

Date:

Signature:

Bemerkungen Anamnese:
zu Frage: _____
zu Frage: _____
zu Frage: _____
zu Frage: _____

	Spendetauglich	Rückweisung	Ausschluss	Datum	Visum
Fragebogen kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HB, Puls, BD kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Schlusskontrolle:

Merci beaucoup pour votre don.

Formulaire d'information pour les donneurs de sang (Version 07)

Risques pour le donneur

Le don de sang consiste en une ponction veineuse au pli du coude permettant de prélever près de 1/2 litre de sang en 12 minutes environ. Cette perte rapide de sang est généralement bien supportée par une personne en bonne santé. C'est pourquoi, il est important que vous soyez en bonne santé. Vos réponses au questionnaire médical, la prise de la pression artérielle et le dosage de l'hémoglobine nous permettent d'évaluer s'il existe une situation qui représente un danger prévisible pour votre santé et dans ce cas de refuser votre don. Néanmoins, malgré toutes les mesures de précaution prises, certains effets secondaires indésirables peuvent se manifester:

- Chute de la pression artérielle à l'origine d'un malaise,
- Manifestations locales au niveau du point de ponction (hématome, dilatation d'un vaisseau sanguin ou lésion du nerf sous-jacent).

La majorité de ces effets est sans gravité et de très courte durée. Mais des complications exceptionnelles (p. ex. réduction de la mobilité du bras), ne peuvent être totalement exclues. Votre centre de transfusion vous donnera toute précision utile sur la manière de les éviter ou de les traiter.

Mesures de précaution visant à réduire le risque pour le receveur:

1. Situations à risque

Il existe un risque si des agents infectieux sont présents dans votre sang, ils peuvent être transmis à un patient, même si vous n'êtes pas ou si vous ne vous sentez pas malade. C'est sur la base de vos réponses au questionnaire médical que nous essayons d'évaluer ce risque. Le STS CRS a mis en place des directives claires permettant de déterminer votre aptitude au don de sang. En conséquence vous pouvez être refusé pour le don de sang de manière transitoire ou définitive.

Les situations à risque suivantes contre-indiquent définitivement le don de sang

1. Test positif pour les marqueurs des virus du SIDA (VIH), de l'hépatite C, de l'hépatite B évolutive et de l'agent de la syphilis,
2. Rappports sexuels* masculins avec un ou plusieurs hommes depuis 1977,
3. Rappports sexuels* contre rémunération depuis 1977,
4. Injection de drogue (actuellement ou par le passé),
5. Maladies de la coagulation traitées par des dérivés du sang (plasma ou fractions).

Les situations à risque suivantes contre-indiquent temporairement le don de sang

6. Séjour dans une région où sévit la malaria au cours des 6 derniers mois, en l'absence de tout problème de santé (en cas de maladie avec fièvre, le signaler au médecin des donneurs car la contre-indication est alors plus longue),
7. Gonorrhée ou autre maladie vénérienne au cours des 12 derniers mois, ou séjour en prison de plus de 72 heures pendant les 6 derniers mois ou contacts sexuels* avec ces personnes,
8. Changement de partenaire sexuel* au cours des 6 derniers mois,
9. Rappports sexuels* avec de multiples partenaires au cours des 12 derniers mois,
10. 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,
11. Rappports sexuels* au cours des 12 derniers mois avec des partenaires exposé(e)s à l'une des situations à risque mentionnées sous points 1 à 5 ou 7 à 10,
12. Rappports sexuels* au cours des 12 derniers mois avec des partenaires ayant reçu des transfusions sanguines ou des produits sanguins au cours des 5 dernières années dans les pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA,
13. Porteur de piercing génital.

* protégés ou non

2. Tests biologiques

Le dépistage systématique du virus du SIDA, des hépatites (B et C) et de l'agent de la syphilis est pratiqué lors de chaque don de sang. Si l'un des tests est réactif, vous en êtes immédiatement informé et le sang donné n'est pas transfusé. Néanmoins, il existe toujours un certain délai entre le moment de la contamination et celui à partir duquel les tests biologiques deviennent réactifs. Il est alors possible qu'un agent infectieux soit transmis au receveur sans que le centre de transfusion ne puisse le reconnaître et l'éviter. C'est pourquoi, la sincérité de vos réponses au questionnaire est essentielle.

De même, on détermine chez chaque donneur les groupes sanguins ABO, Rhésus D et éventuellement d'autres groupes importants en médecine transfusionnelle (à l'aide d'analyses génétiques si nécessaire).

3. Veuillez informer votre centre de transfusion sanguine dans les meilleurs délais si,

- au cours des prochains jours vous deviez être malade ou une personne de votre entourage proche présenter une maladie contagieuse,
- vous réalisez ultérieurement ne pas avoir répondu de façon appropriée au questionnaire médical,
- des complications surviennent à la suite de votre don de sang. En cas de dommage avéré nous disposons d'une assurance en responsabilité civile.

Les informations données dans le cadre d'un don de sang sont soumises au secret médical. Elles ne peuvent être utilisées que par le Service de transfusion sanguine CRS et les Services Régionaux de Transfusion Sanguine.

Il est conseillé de boire avant de donner son sang. Après le don, nous vous recommandons de prendre le temps de manger le petit en-cas offert. N'oubliez pas d'apporter **une pièce d'identité avec photo** lors du premier don de sang et planifiez suffisamment de temps pour le don.

Afin d'assurer le bon déroulement du don de sang, nous vous informons, que pour des raisons de santé ou médicales le don de sang n'est pas autorisé, **temporairement** ou **définitivement** dans les cas suivants:

Vous n'êtes pas autorisé à donner votre sang temporairement dans les cas suivants:

- Aussi longtemps que vous présentez des boutons de fièvre
- Après éraflures ou écorchures importantes (72 heures)
- Après des traitements relatifs à l'hygiène dentaire ou dentaires (72 heures)
- En cas de refroidissement actuel (7 jours après disparition)
- Après une maladie comportant une fièvre supérieure à 38°C
- Après la prise de certains médicaments: antibiotiques, médicaments contre les mycoses (2 semaines)
- Après l'introduction, le changement ou arrêt d'un traitement pour la tension artérielle
- Après une maladie avec fièvre et diarrhées répétées
- Après vaccination (selon le type de vaccin: 48 heures à 4 semaines)
- Après un séjour sur le continent nord-américain y compris le Mexique + Hawaï (4 semaines)
- Après un séjour dans les zones à risque pour le Chikungunya, la fièvre de Dengue (4 semaines) ou d'autres maladies transmissibles (voir: <http://www.blutspendezurich.ch>, section Formulare und Dokumente)
- Avant une intervention chirurgicale prévue
- Après une opération (1 à 12 mois)
- Après piqûre de tique (3 mois, en cas de suspicion de borréliose et après traitement antibiotique 6 mois)
- Après endoscopie de l'estomac ou de l'intestin (6 mois)
- En cas de prise de médicament, sur ordonnance médicale, soignant un ulcère aigü de l'appareil gastro-intestinal (3 mois après l'arrêt du traitement)
- Après un séjour dans une zone où sévit la malaria, ou dans une zone suspecte (concerne aussi la partie asiatique de la Turquie) (6 mois)
- Après blessure par morsure (14 jours à 12 mois)
- Après une jaunisse d'origine infectieuse (2 ans)
- En cas d'épilepsie (3 ans après arrêt du traitement médicamenteux)
- En cas de piercing génital (2 semaines après l'avoir enlevé). Pour tout autre piercing 72 heures après ponction, plus longtemps si infection du point de ponction
- Après un tatouage fait avec aiguille ou un mak-up permanent (6 mois)

Vous n'êtes pas autorisé à donner votre sang définitivement dans les cas suivants:

- Après transplantation de tissus d'origine humaine ou animale (sauf implant dentaire)
- En cas de transfusions sanguines reçues dès 1980 (sauf auto-transfusion)
- En cas d'angine de poitrine, porteur de pacemaker, après infarctus du myocarde, opération avec by-pass ou pose d'un stent, en cas de prévention de l'endocardite
- En cas de grave maladie pulmonaire chronique (emphysème)
- En cas de cancer (même si vous avez été opéré). Le don est autorisé après guérison complète d'un basaliome ou après ablation complète d'un cancer précoce du col de l'utérus (Cervix Carcinome, Stadium I)
- Après toutes les opérations du cerveau ou de la moelle épinière
- Un séjour au Royaume Uni (Grande-Bretagne) ou en Irlande du Nord (entre 1980 et 1996 pour une durée totale de 6 mois)
- Diabète traité par insuline

Les chauffeurs de bus, de taxi et les conducteurs de locomotive ainsi que toute personne ayant la responsabilité directe de la vie d'autrui doivent attendre au moins 12 heures après le don avant d'exercer leur profession; les pilotes doivent respecter un délai de 24 heures. Les donateurs qui pratiquent des loisirs tels que la plongée sous-marine, le parachutisme doivent attendre au moins 48 heures avant de reprendre ce type d'activités.

Nous vous recommandons d'éviter tout effort physique important jusqu'au lendemain du don.

Nous prions tous les donateurs/donneuses ayant atteint les 65 ans de répondre à un bref questionnaire supplémentaire dans le but de faire un bilan plus approfondi, à titre préventif, de l'état de santé actuel.

Le service du don du sang de la Croix Rouge suisse est conscient qu'il touche à votre sphère privée avec ce type de questions. Dans l'intérêt des personnes transfusées et eu égard à votre santé, nous vous remercions d'y répondre sincèrement.

Cette liste n'est pas exhaustive. En cas de doutes ou questions ou besoin d'un conseil appelez-nous au 0840 200 300.

Nous vous remercions de votre collaboration.