

**INSCRIPTION AU DON DU SANG**

NOM : ..... NOM DE JEUNE FILLE : ..... SEXE  M  F

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

ADRESSE (préciser éventuellement le logeur) : ..... TEL PRIVE : .....

..... TEL PROF. : .....

NP : ..... LOCALITE : ..... TEL MOBILE : .....

PROFESSION/EMPLOYEUR : ..... E-MAIL : .....

MEDECIN TRAITANT : ..... POIDS : ..... TAILLE en cm : .....

Visa accueil	Visa infirmière
--------------	-----------------

Vous venez de lire le « **Formulaire d'information pour les donneurs de sang** » ci-joint et vous pensez être apte à donner de votre sang. Nous vous remercions de bien vouloir maintenant **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.** Votre signature au verso confirmera 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 ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Pesez-vous plus de 50 kg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Etes-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"/> <small>3 jours</small>	<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 (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 (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 (p. ex. problème de pression artérielle, infarctus, opération, accident vasculaire cérébral, perte de conscience) ou pulmonaire (problèmes respiratoires) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Affection cutanée (maladie de la peau, p. ex. blessure, éruption, eczéma) ou allergique (p. ex. rhume des foins, asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	c) Autres maladies (diabète, maladie du sang, de la coagulation, thrombose, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, cancer) ?	<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"/> eu un accident <input type="checkbox"/> été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Avez-vous reçu une greffe d'organe ou de tissu humain ou animal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	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 1.1.1986 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Un membre de votre famille est-il ou a-t-il été atteint par la maladie de Creutzfeldt-Jakob ?	<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"/>	