			Oui	Non	Visa
11.		Au cours des 6 derniers mois avez-vous voyagé hors d'Europe ? Où ? ..... Depuis quand êtes-vous de retour ? ..... Avez-vous depuis lors présenté des symptômes (p. ex. fièvre) ?	☐ ☐	☐ ☐	
12.	a)	Avez-vous déjà eu une ou des crises de malaria ?	☐	☐	
	b)	Etes-vous né(e)/avez-vous grandi ou vécu plus de 6 mois dans une région où sévit la malaria ? Quand l'avez-vous quittée ?	☐	☐	
13.		Avez-vous déjà présenté une des maladies suivantes : ☐ tuberculose ☐ infection osseuse ☐ toxoplasmose ☐borréliose ☐ brucellose ☐ fièvre Q ☐ babésiose ☐ maladie de Chagas ☐ leishmaniose ? Quand ?	☐	☐	
14.		Au cours des 6 derniers mois avez-vous eu : ☐ une gastro-, coloscopie ☐ un tatouage ☐ une blessure par aiguille souillée ☐ de l'acupuncture ☐ un piercing ☐ une épilation par aiguille ☐ un maquillage permanent ? Quand ?	☐	☐	
15.	a)	Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou eu un test de l'hépatite positif ? Quand ?	☐	☐	
	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 ?	☐	☐	
16.		Vous êtes-vous exposé(e) à l'une des situations à risque suivantes :			
	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)	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	☐	☐	
	c) d) e) f)	Rapports sexuels entre hommes depuis 1977 Rapports sexuels contre rémunération depuis 1977 Injection de drogue actuellement ou dans le passé Test positif pour le virus du SIDA (VIH), la syphilis ou la jaunisse (hépatite B et C)	☐	☐	
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 mentionnées sous point 16 ou qui ont reçu des transfusions sanguines dans un pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA ?	☐	☐	
Ne concerne que les femmes					
18.		Etes-vous actuellement enceinte ou l'avez-vous été au cours des 12 derniers mois ou depuis votre dernier don de sang ? Si oui, date de l'accouchement	☐	☐	
19.		Avez-vous reçu des injections hormonales en raison d'une stérilité avant 1986 ?	☐	☐	

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 données du « Formulaire d'information pour les donneurs de sang » (F001) 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(e) des résultats en cas d'anomalie éventuelle.
- 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(e) 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.

Date : **Nom/Prénom :** **Date de naissance :** **Signature :**

....

Réservé au service de transfusion sanguine Version 01/2008

Q. No: _____
Q. No: _____
Q. No: _____
Q. No: _____

Q. contrôlé / Apte au don : OUI ☐ NON ☐ Type de don : .....
Raison : .....

Analyses .....

Avis médical

Date/Visa		Pouls	TA	Visa médecin	
Hb/Ht	Visa	T	H	Visa ponct.	B
No prélèvement Coller ici		Commentaire prélèvement		Visa fin	