**COORDONNÉES DU CENTRE DONNEUR**

*Adresse du centre donneur :*

*Nom et prénom du médecin :*

**INFORMATIONS SUR LE DONNEUR**

*Nom et prénom du donneur :*

*Date de naissance : Groupe sanguin (si connu) :*

*N° de registre national/n° de carte d’identité : Appartenance ethnique :*

*Adresse complète du donneur :*

*Coordonnées du donneur :*

*Tél. domicile : Tél. lieu de travail :*

*GSM :*

*Adresse e-mail :*

En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez avoir pris connaissance du présent document. Veuillez également indiquer ci-dessous si vous êtes d’accord avec chaque énoncé.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je suis toujours candidat au don volontaire de cellules souches et désire rester enregistré comme donneur dans le registre des donneurs de moelle osseuse. | OUI | NON |
| J’ai compris les informations et j’ai reçu une réponse adéquate à mes questions. | OUI | NON |
| Je donne mon accord pour un prélèvement supplémentaire d’échantillons de sang en vue d’un don volontaire de cellules souches. Les tests demandés seront déterminés par le centre de transplantation du receveur. | OUI | NON |
| Je sais que la confidentialité du typage sera assurée. | OUI | NON |
| La présente déclaration de consentement est éclairée, consciente et libre. | OUI | NON |
| Je remplis un questionnaire médical avec le médecin afin de déterminer une nouvelle fois mon aptitude physique comme donneur. | OUI | NON |
| Je confirme que toutes les informations de la déclaration de consentement faite au moment de l’inscription au registre des donneurs de cellules souches volontaires non familiaux sont restées inchangées :   * Dans la négative, merci de préciser :   ……………………………………………………………………………… | OUI | NON |

En outre, vous reconnaissez avoir pris connaissance, via le présent document, de la politique applicable au traitement de vos données à caractère personnel dans le cadre de votre don de cellules souches du sang ou de la moelle osseuse et déclarez être informé(e) que vos données à caractère personnel seront transmises sous forme codée à la World Marrow Donor Association et à d’autres centres actifs dans le domaine de la greffe de cellules souches à l’étranger. Vous pouvez également préciser vos préférences pour le traitement de vos données à caractère personnel ci-dessous.

Je ne souhaite **pas** être invité(e) pour des recherches scientifiques supplémentaires ou à des fins médicales innovantes, telles que la médecine régénérative et l’immunothérapie.

Je ne souhaite **pas** être appelé(e) pour un don de sang, de plaquettes et/ou de plasma qui pourrait être nécessaire pour le traitement d’un patient spécifique.

Par les présentes, je déclare avoir lu le présent document et avoir reçu suffisamment d’explications :

J’ai reçu un exemplaire de la lettre d’information générale du donneur, y compris la politique applicable aux données, et j’ai pris connaissance de son contenu.

J’ai reçu une copie de la lettre d’information concernant les frais du donneur et la communication

anonyme.

J’ai reçu une copie de la présente déclaration de consentement.

|  |  |
| --- | --- |
| *Nom et prénom du* ***donneur*** *:* | |
| *Signature :* | *Fait à :*  *Date :* |

Par la présente, je déclare que :

l'identité du donneur a été vérifiée.

|  |  |
| --- | --- |
| *Nom et prénom du* ***médecin****:* | |
| *Signature :* | *Fait à :*  *Date :* |

Rempli en deux exemplaires originaux :

* Un pour le candidat au don
* Un pour le dossier