

## QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Merci de lire chaque question attentivement et d'y répondre sincèrement. Votre sécurité et celle du receveur en dépendent.

À tout instant, si vous avez des questions, nos collaborateurs sont à votre disposition pour y répondre. Vous avez la possibilité de renoncer au don avant le début de celui-ci, et la possibilité de l'interrompre à tout moment sans avoir à vous justifier.

Colonne  
réservée à  
l'examineur

Avez-vous reçu, lu et compris l'information sur le don de sang, les comportements à risque et les maladies transmissibles par le sang ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
<b>A. AVEZ-VOUS DÉJÀ DONNE DU SANG, DU PLASMA OU DES PLAQUETTES ?</b>			
> Si oui: Votre dernier don s'est-il bien passé ? Quelle est la date de votre dernier don ?                    ..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
<b>B. INFORMATIONS GENERALES</b>			
> Vous sentez-vous actuellement en bonne santé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> Dans quel pays êtes-vous né(e), et où avez-vous vécu avant l'âge de 5 ans ? .....			
> Avez-vous séjourné au moins 6 mois (total cumulé des séjours) en Grande-Bretagne et/ou en Irlande du Nord entre 1980 et 1996 inclus ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> Vous présentez-vous dans le cadre d'un traitement pour hémochromatose ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> Si vous êtes une femme : • Avez-vous déjà accouché, fait une fausse couche ou eu une interruption de grossesse ? • Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	
> Après le don, aurez-vous une activité physique, sportive ou dans un poste de sécurité ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
<b>C. AVEZ-VOUS DEPUIS VOTRE NAISSANCE</b>			
> eu un diagnostic de cancer ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> eu une opération du cerveau ou de la moelle épinière ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> eu une greffe de tissu ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> reçu un traitement par hormones de croissance avant 1989 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> pris un médicament contre l'acné ou le psoriasis ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> (eu) un membre de votre famille atteint de la maladie de Creutzfeld-Jakob ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> eu une maladie cardio-vasculaire (trouble du rythme, angine de poitrine, infarctus,...) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> eu un accident vasculaire cérébral, des crises d'épilepsie, des convulsions ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> eu une maladie du sang, des problèmes de coagulation ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> souffert d'allergies graves ou d'asthme sévère ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> eu une ou des crises de malaria, une maladie de Chagas ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> souffert d'une autre maladie ayant nécessité un suivi médical régulier ? .....	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
<b>D. AVEZ-VOUS - SI VOUS AVEZ DÉJÀ DONNÉ : DEPUIS VOTRE DERNIER DON - SI C'EST VOTRE PREMIER DON : DEPUIS VOTRE NAISSANCE</b>			
> été hospitalisé(e), opéré(e) sous anesthésie générale, péridurale ou locorégionale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> reçu du sang ? Si oui, dans quel pays ? .....	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> été traité(e) pour une (ou êtes-vous porteur d'une) maladie ou infection sexuellement transmissible (VIH/SIDA, hépatite, syphilis,...) ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> (eu) dans votre entourage une personne souffrant d'hépatite, du SIDA ou d'une autre maladie infectieuse grave ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> eu une éruption cutanée (boutons, plaque, rougeur...) ou été mordu(e) par une tique ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> quitté la Belgique (même pour un jour) ? Si oui, dans quel pays ? .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> eu un partenaire sexuel ayant voyagé hors Europe durant les 4 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	

**E. AVEZ-VOUS - SI VOUS AVEZ DÉJÀ DONNÉ : DEPUIS VOTRE DERNIER DON  
- SI C'EST VOTRE PREMIER DON : DANS LES 4 DERNIERS MOIS**

> été malade ? Si oui : Avez-vous eu de la fièvre (>38°C) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
> consulté un médecin ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> été chez le dentiste ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> pris des médicaments, même une aspirine ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> été vacciné(e) ou suivi une cure de désensibilisation ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

**F. AUTRES RISQUES D'ETRE PORTEUR D'UNE INFECTION TRANSMISSIBLE PAR LE SANG**

> Avez-vous déjà consommé de la drogue par voie intraveineuse ou intramusculaire?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
---	------------------------------	------------------------------	--

**AVEZ-VOUS - SI VOUS AVEZ DÉJÀ DONNÉ : DEPUIS VOTRE DERNIER DON  
- SI C'EST VOTRE PREMIER DON : DANS LES 4 DERNIERS MOIS**

> subi une endoscopie (gastroscopie, coloscopie, fibroscopie, ...) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> été traité(e) par acupuncture ou mésothérapie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> été tatoué(e) ou fait un piercing (y compris boucles d'oreilles) ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> été en contact avec du sang humain par piqûre, plaie ou projection (contact professionnel ou autre) ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> consommé de la drogue par voie intranasale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> eu un(e) nouveau(elle) partenaire sexuel(le), même occasionnel(le) ?(*)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

**AVEZ-VOUS - SI VOUS AVEZ DÉJÀ DONNÉ : DEPUIS VOTRE DERNIER DON  
- SI C'EST VOTRE PREMIER DON : DANS LES 12 DERNIERS MOIS**

> si vous êtes un homme, eu des relations sexuelles avec un homme ? (*)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> eu une relation sexuelle en échange d'argent, de biens ou de services ? (*)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) ? (*)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> eu un(e) partenaire sexuel(le) originaire d'un pays hors Europe occidentale et qui séjournait en Belgique depuis moins de 12 mois ? (*)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> eu un(e) partenaire sexuel(le) ayant déjà consommé de la drogue par voie intraveineuse ou intramusculaire ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
> eu un(e) partenaire sexuel(le) souffrant d'une infection sexuellement transmissible (VIH/SIDA, hépatite C ou B, syphilis, ...) ? (*)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> eu un(e) partenaire sexuel(le) qui, à votre connaissance aurait, dans les 12 derniers mois : • eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le)? (*) • eu une relation sexuelle en échange d'argent, de biens ou de services ? (*) • (si partenaire sexuel masculin) eu des relations sexuelles avec un homme ? (*)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	

(\*) rapport avec ou sans préservatif

**J'AFFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS QUE JE FOURNIS SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTS ET COMPLETS**

J'autorise le Service du Sang à prélever, à analyser et à transfuser mon sang à un ou des malades	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'accepte que, dans certains cas, un ou plusieurs composants ou échantillons de mon don puissent être utilisés pour la recherche médicale ou scientifique.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

SIGNATURE DU DONNEUR	SIGNATURE DE L'EXAMINATEUR
Date ..... / ..... / 20 .....	Date ..... / ..... / 20 .....

N° de prélèvement

Le Service du Sang rassemble les données administratives et médicales à caractère personnel et à des fins transfusionnelles. Les personnes concernées ont accès aux données et peuvent obtenir la rectification, conformément à la loi du 8 décembre 1992 et à ses arrêtés d'application. Les renseignements médicaux pourront éventuellement vous être transmis ainsi qu'au(x) médecin(s) de votre choix. En aucun cas, ils ne pourront être transmis à une autre personne.