

II. DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL ET VIE PRIVÉE

Lors du processus du don, il vous est demandé de répondre à plusieurs questions relatives à votre santé, votre mode de vie et vos voyages. Ces questions permettent d'évaluer si vous pouvez donner votre sang en toute sécurité pour vous et pour les malades qui recevront les produits issus de votre don.

Par ailleurs d'autres données à caractère personnel (adresse, e-mail, numéro de téléphone) sont également recueillies et enregistrées à des fins administratives pour pouvoir vous inviter aux prochaines collectes, vous communiquer d'éventuels résultats d'examens biologiques, vous avertir d'événements organisés dans le cadre de la promotion du don de sang, ou vous transmettre des informations relatives aux dons. Ces données personnelles demeurent confidentielles et ne peuvent être utilisées pour d'autres raisons. De plus, les données médicales vous concernant sont couvertes par le secret médical.

Conformément à la Loi belge, les questionnaires médicaux que vous complétez avant vos dons sont conservés pendant 15 ans. Les données permettant une identification du don de sang et des produits issus de votre don en vue d'une traçabilité complète sont conservées pendant une durée de 30 ans minimum et de 40 ans maximum.

Le responsable du traitement de ces données est le Service du Sang de la Croix-Rouge de Belgique (Rue du Fond du Maréchal 8 - 5020 Suarlée).

Conformément au Règlement Général européen sur la Protection des Données, vous pouvez à tout moment avoir accès à vos données, en demander la rectification ainsi que la communication à une personne autorisée (portabilité). Toute demande relative aux données enregistrées vous concernant peut être faite en complétant le formulaire prévu à cet effet via l'adresse <https://www.croix-rouge.be> à la rubrique "Vie Privée".

III. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Lors de chaque don, il vous est demandé, après avoir complété le questionnaire médical confidentiel, de signer ce consentement éclairé.

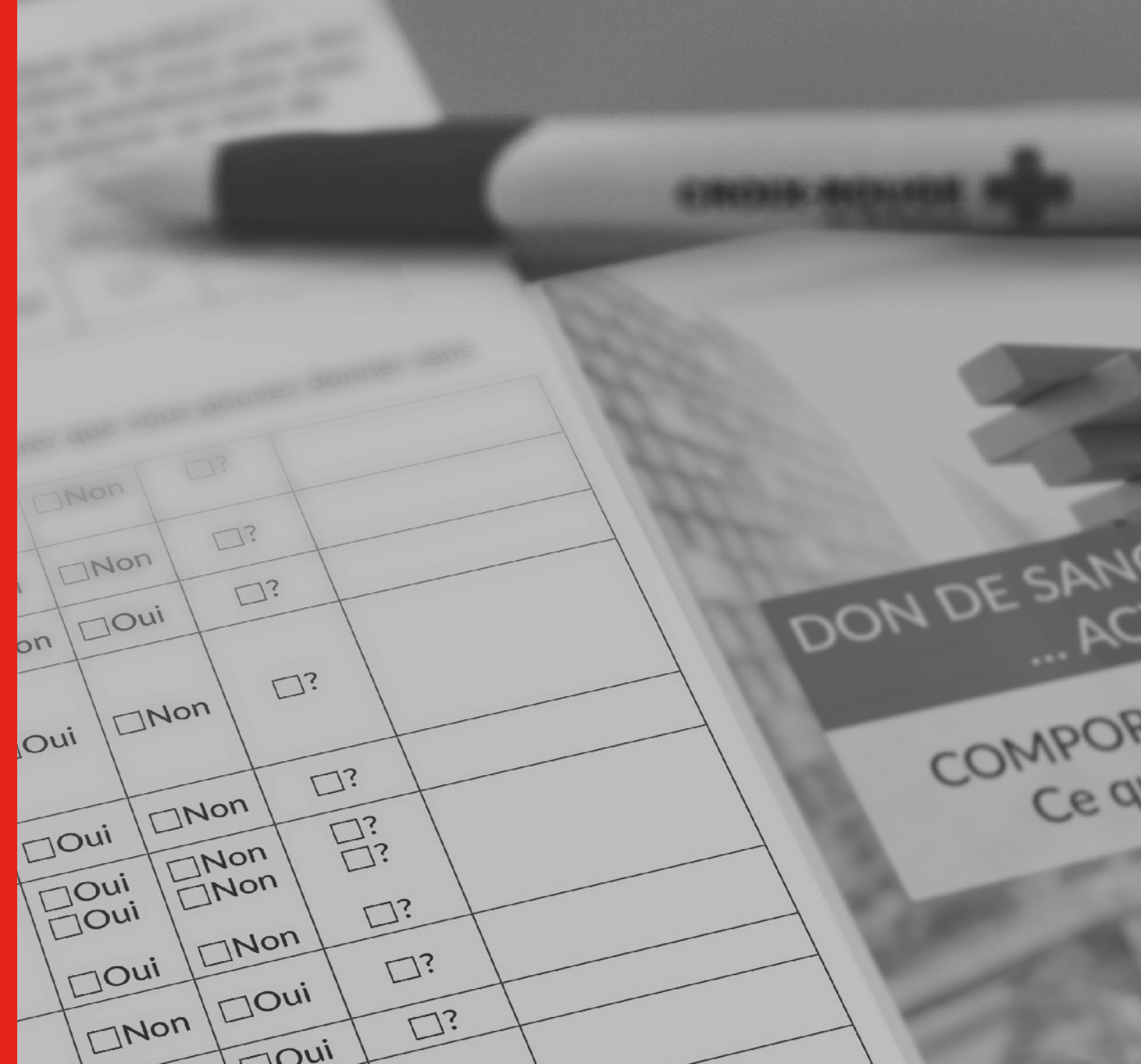
Ceci signifie qu'ayant obtenu toutes les informations relatives au don (déroulement du don, analyses réalisées, bénéfices et risques pour les malades qui recevront les produits issus de votre don, risques pour le donneur, traitement des données personnelles...) ainsi que les réponses aux questions que vous avez posées :

- Vous marquez formellement votre accord pour la poursuite du processus du don en répondant aux questions ci-dessous et en signant ;
- Vous confirmez que les renseignements que vous avez fournis sont conformes à la réalité ;
- Vous acceptez ou non qu'un ou plusieurs composants ou échantillons issus de votre don soient éventuellement utilisés pour la recherche médicale ou scientifique.

Vous avez la possibilité de renoncer au don avant le début de celui-ci et la possibilité d'interrompre votre don à tout moment sans gêne ni embarras.

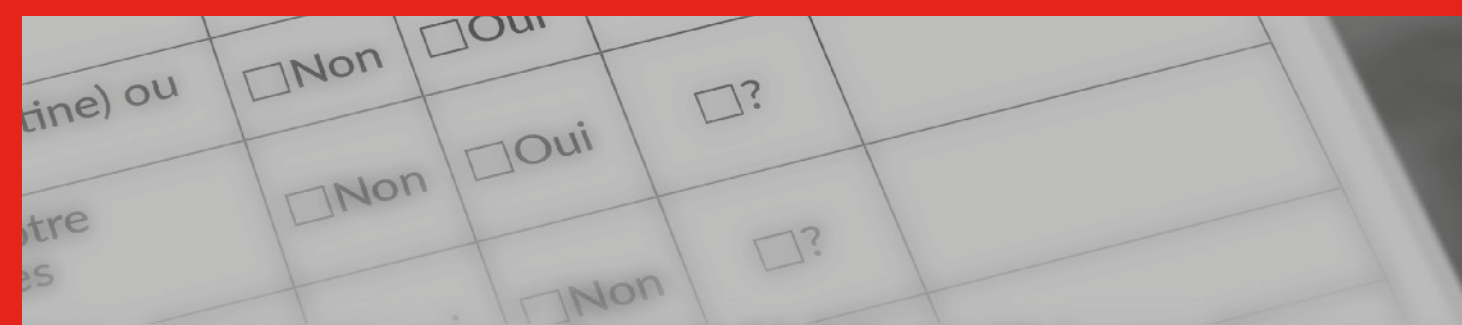
J'autorise le Service du Sang à prélever et à analyser mon sang, et qu'il soit transfusé à un ou des malades	<input type="checkbox"/> Oui
J'affirme que les renseignements que je fournis sont, à ma connaissance, exacts et complets	<input type="checkbox"/> Oui
J'accepte que, dans certains cas, un ou plusieurs composants ou échantillons de mon don puissent être utilisés pour la recherche médicale ou scientifique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Signature donneur.se	Signature examinateur.rice
Date / / 20.....	Date / / 20.....
N° de prélèvement	



QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Service du Sang



I. QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

Avant chaque don il vous est demandé de répondre à ce questionnaire. Merci de lire chaque question attentivement et d'y répondre sincèrement, votre sécurité et celle des malades qui recevront les produits issus de votre don en dépendent. Si vous avez des hésitations pour certaines réponses, parlez-en au médecin ou à l'infirmier.e qui vérifiera le questionnaire avec vous, il ou elle répondra à vos interrogations. Ne donnez jamais votre sang dans le but d'obtenir un test de dépistage. Le médecin ou l'infirmier.e peut vous indiquer où vous adresser pour cela.

			Je ne sais pas	Colonne réservée à l'examineur.rice
1	Avez-vous reçu, lu et compris l'information sur le don de sang, les comportements à risque et les maladies transmissibles par le sang (document « Don de sang... Acte responsable »)?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	

A SANTÉ ET TRAITEMENTS MÉDICAUX

Pourquoi des questions sur votre état de santé ?
Pour rechercher des maladies, des traitements ou d'autres situations qui pourraient contre-indiquer le don et s'assurer que vous pouvez donner du sang sans danger pour vous-même et pour les malades qui recevront les produits issus de votre don.

2	Si vous avez déjà donné, votre dernier don s'est-il bien passé ? Date de votre dernier don :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
3	Après le don, aurez-vous une activité physique, sportive ou dans un poste de sécurité ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
4	Vous sentez-vous en bonne santé ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> ?	
5	Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie telle que : maladie cardiovasculaire (trouble du rythme, angine de poitrine, infarctus...), accident vasculaire cérébral, épilepsie, maladie du sang, cancer, diabète, allergie importante, maladie digestive, pulmonaire, auto-immune ou autre ? Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
6	Vous présentez-vous dans le cadre d'un traitement pour hémochromatose ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
7	- Avez-vous été opéré.e au niveau du cerveau ou de la moelle épinière ? - Y a-t-il eu un diagnostic de maladie de Creutzfeldt-Jakob chez un membre de votre famille ou vous-même ? - Avez-vous reçu, avant 1989, un traitement par hormones de croissance ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	
8	Avez-vous déjà été testé.e positif.ve pour le VIH (SIDA), une hépatite, la syphilis ou le HTLV ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> ?	
9	Avez-vous déjà été hospitalisé.e, opéré.e ou greffé.e ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> ?	
10	Consultez-vous régulièrement un médecin généraliste ou spécialiste, ou avez-vous dû le faire dans le passé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
11	Depuis votre dernier don (ou au cours des 6 derniers mois s'il s'agit de votre premier don), avez-vous : - Été vacciné.e, suivi une cure de désensibilisation ? - Pris des médicaments (même une aspirine) ? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	
12	Au cours des 3 dernières années, avez-vous pris du Néotigason® (acitrétine) ou Tigason® (étrétinate) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> ?	
13	Depuis votre dernier don (ou depuis les 4 derniers mois s'il s'agit de votre premier don), avez-vous été malade, eu de la fièvre (≥ 38°C) ou fait des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> ?	
14	Depuis votre dernier don (ou depuis les 4 derniers mois s'il s'agit de votre premier don), avez-vous eu une éruption cutanée (boutons, plaque, rougeur...) ou été mordu.e par une tique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
15	Etes-vous allé.e chez le dentiste au cours des 7 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
16	Avez-vous déjà reçu du sang ? Si oui, quand ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
	Dans quel pays ?				

POUR LES FEMMES

17	Avez-vous déjà été enceinte (y compris fausse couche et interruption volontaire de grossesse) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> ?	
18	Actuellement êtes-vous enceinte ou l'avez-vous été depuis votre dernier don ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> ?	

B SÉJOURS À L'ÉTRANGER

Pourquoi des questions sur les séjours à l'étranger ?

Vous pourriez être porteur.se d'une maladie transmissible par le sang, acquise lors d'un séjour dans certains pays et qui peut passer inaperçue ou rester « silencieuse » pendant un certain temps. C'est pourquoi un délai pourrait être nécessaire avant de donner votre sang afin d'empêcher sa transmission aux malades qui recevront les produits issus de votre don.

		Je ne sais pas	Colonne réservée à l'examineur.rice
19	Dans quel pays êtes-vous né.e, et où avez-vous vécu avant l'âge de 5 ans ?		
20	Entre le 1/1/1980 et le 31/12/1996, avez-vous séjourné au moins 6 mois (au total) au Royaume Uni (Angleterre, Ecosse, Pays de Galles, Irlande du Nord) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
21	Votre mère a-t-elle vécu en Amérique Centrale ou Amérique du Sud avant votre naissance ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
22	Depuis votre dernier don (ou depuis votre naissance s'il s'agit du premier don) : - Avez-vous souffert de malaria (paludisme) ou de la maladie de Chagas ? - Avez-vous quitté la Belgique même pour un jour ? Si oui, dans quel(s) pays êtes-vous allé.e (y compris pour une escale ou en transit) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	

C POSSIBILITÉS D'AVOIR ÉTÉ EXPOSÉ.E À UNE INFECTION TRANSMISSIBLE PAR LE SANG

Pourquoi des questions aussi variées et intimes ?

Un délai peut être nécessaire avant de donner du sang en cas de risque d'exposition à une infection transmissible par le sang.

En effet :

- Tous les agents infectieux ne sont pas recherchés sur le don par notre laboratoire (ex. : grippe, mononucléose...)
- Et d'autre part, pour les agents infectieux systématiquement recherchés (syphilis, VIH (SIDA), hépatites B et C), il existe une période appelée « fenêtre silencieuse » plus ou moins longue pendant laquelle les tests de dépistage restent négatifs alors que l'agent infectieux est présent dans le sang et peut être transmis.

RISQUES GÉNÉRAUX

23	Avez-vous déjà consommé par voie injectable de la drogue ou des produits dopants/anabolisants non prescrits par un médecin ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
24	Depuis votre dernier don (ou depuis les 4 derniers mois s'il s'agit de votre premier don), avez-vous : - Été opéré.e, subi une endoscopie (gastro-, colono-, rhino-, arthroscopie...)? - Été traité.e avec des aiguilles : tatouage (y compris maquillage permanent), piercing (y compris boucles d'oreilles), mésothérapie, acupuncture ? - Été en contact avec du sang humain par piqure, morsure, plaie ou projection ? - Consommé de la drogue par voie intranasale ? - Cohabité avec une personne testée positive pour l'hépatite B ? - Été en contact avec une personne atteinte d'une autre maladie contagieuse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	

RISQUES SEXUELS

25	Depuis votre dernier don (ou depuis les 4 derniers mois s'il s'agit de votre premier don), avez-vous eu une relation sexuelle* avec un.e nouveau.elle partenaire, même occasionnel.le ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	
26	Au cours des 12 derniers mois, votre partenaire (à votre connaissance) ou vous-même, avez-vous : - Eu une relation sexuelle* en échange de biens, d'argent ou de services ? - Eu des relations sexuelles* avec plus d'un.e partenaire pendant la même période ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	
27	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle* avec un.e partenaire qui, à votre connaissance : - A été testé.e positif.ve pour la syphilis, le VIH (SIDA), l'hépatite B, l'hépatite C ou le HTLV ? - A déjà consommé de la drogue par voie injectable ? - Est originaire d'un pays hors Europe Occidentale et qui séjournait en Europe depuis moins de 12 mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	
28	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle* : POUR LES HOMMES : avec un homme ? POUR LES FEMMES : avec un homme qui, à votre connaissance, a eu une relation sexuelle avec un autre homme ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	

* avec ou sans préservatif

SUITE ►