

### Questionnaire - Donneur de Sang total

Les questions suivantes sont importantes pour votre sécurité et celle du receveur.

Prière de lire et répondre avec honnêteté et fidélité à chaque question. Etant donné leur caractère privé, la confidentialité de vos réponses est garantie.

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse : ..... E-mail : .....

Document d'identité : ..... Numéro du document d'identité : .....

Type du don : Volontaire  Oui  Non Don dirigé : nom patient : ..... S'agit-il d'un proche :  Oui  Non

Numéro du produit sanguin ..... Numéro du donneur.....

### Examen médical (A compléter uniquement par le personnel de la banque de sang)

Etat général : ..... Poids (kg) : ..... Température (max. 37°5C) : .....

Tension artérielle (Systolique <150 mm Hg) : ..... Pouls (50-100/min) : .....(Diastolique 50 à 100 mm Hg)

Traces de piqûres sur les bras :  Oui  Non Lésions cutanées :  Oui  Non

Hémoglobine/Hte : .....

Questionnaire revu par : ...../ Examen médical effectué par : .....

| Questions   | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| 1. Est-ce que vous vous sentez en bonne santé aujourd'hui ?   |     |     |
| 2 Est-ce que vous prenez actuellement des antibiotiques ou un autre médicament pour une quelconque infection ?  |     |     |
| 3. Est-ce que vous prenez actuellement ou avez déjà pris des médicaments pour toute autre raison ? Si oui, nommez-les.....  |     |     |
| 4. Au cours des 4 dernières heures, avez-vous mangé ?   |     |     |
| 5. Au cours des 48 dernières heures, avez-vous fait don de plaquettes, plasma ou leucocytes ?   |     |     |
| 6. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous subi une extraction dentaire ?  |     |     |
| 7. Au cours des 28 derniers jours, avez-vous souffert de fièvre, diarrhée ou infection des voies urinaires ou respiratoires ?   |     |     |
| <b>Au cours des 8 dernières semaines :</b>  |     |     |
| 8. Avez-vous reçu des vaccins ou des piqûres ?  |     |     |
| 9. Avez-vous fait un don de sang total ?  |     |     |
| <b>Au cours des 12 derniers mois :</b>  |     |     |
| 10. Ne concerne que les femmes : Avez-vous déjà été enceinte ou êtes-vous actuellement enceinte ? (Hommes cochez : M <input type="checkbox"/> )   |     |     |
| 11. Avez-vous subi une opération, une endoscopie ou autre procédure invasive ?  |     |     |
| 12. Avez-vous reçu une transfusion de sang ou produit sanguin ?   |     |     |
| 13. Avez-vous reçu une greffe d'organe, de tissu ou de moelle osseuse ?   |     |     |
| 14. Avez-vous reçu un implant (os, peau)?   |     |     |
| 15. Avez-vous été en contact avec du sang d'une autre personne ?  |     |     |
| 17. Avez-vous fait un tatouage ?  |     |     |
| 18. Avez-vous fait un piercing (oreilles ou autres) ?   |     |     |
| 19. Avez-vous souffert d'une morsure de chien et reçu un vaccin contre la rage ?  |     |     |
| 20. Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un atteint du VIH/sida ou qui a été testé séropositif pour le VIH/sida ?  |     |     |
| 21. Avez-vous eu des rapports sexuels avec une prostituée ou toute autre personne ayant eu des rapports sexuels rémunérés ou contre de la drogue ?  |     |     |
| 22. Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires ayant fait usage de seringues pour s'injecter de la drogue, des stéroïdes ou toutes autres substances non prescrites par un médecin ?            |     |     |
| 23. Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires hémophiles ou des personnes ayant déjà reçu des concentrés de facteur de coagulation pour des problèmes de saignement ?                          |     |     |
| 24. Ne concerne que les donneurs femmes : Avez-vous eu des rapports sexuels avec un partenaire ayant déjà eu un contact sexuel avec un autre homme ? (Donneurs hommes cochez : M <input type="checkbox"/> ) |     |     |
| 26. Avez-vous été en contact direct avec une personne atteinte d'hépatite ou d'ictère ?   |     |     |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 27. Avez-vous déjà reçu des immunoglobulines anti-hépatite B ?   |  |  |
| 28. Avez-vous été atteint ou traité pour la syphilis ou la gonorrhée ?   |  |  |
| 29. Avez-vous été en détention juvénile ou incarcéré pour plus de 72 heures ?  |  |  |
| 30. Avez-vous voyagé hors du Liban ? Si oui, où ?  |  |  |
| <b>De 1980 jusqu'à 1996 :</b>  |  |  |
| 31. Avez-vous séjourné au Royaume-Uni pendant une période de 3 mois ou plus ?  |  |  |
| <b>De 1980 à ce jour :</b>   |  |  |
| 32. Avez-vous reçu une transfusion sanguine en Europe ?  |  |  |
| <b>De 1977 à ce jour :</b>   |  |  |
| 33. Avez-vous eu des rapports sexuels rémunérés financièrement ou contre de la drogue ou autre ?   |  |  |
| 34. Donneurs hommes uniquement : avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre homme, même une seule fois ? (Femmes cochez : F <input type="checkbox"/> )                            |  |  |
| <b>Avez-vous déjà :</b>  |  |  |
| 35. Visité ou vécu dans un pays endémique pour le paludisme (malaria) ?  |  |  |
| 36. Été testé positif pour le VIH/sida ?   |  |  |
| - Eu une perte de poids non justifiée de 5kg ou plus ?   |  |  |
| - Eu une toux, essoufflement ou diarrhée persistante ?   |  |  |
| - Eu une fièvre non expliquée ?  |  |  |
| - Eu des nodules rouges ou violacés sur ou sous la peau au cours des 6 derniers mois ?   |  |  |
| - Eu des taches blanches ou inhabituelles persistantes dans la bouche ?  |  |  |
| 37. Avez-vous déjà utilisé des seringues pour prendre de la drogue, des stéroïdes ou toute autre substance non prescrite par un médecin ?  |  |  |
| 38. Avez-vous déjà souffert d'une maladie hémorragique ou d'une maladie du sang ?  |  |  |
| 39. Avez-vous utilisé des concentrés de facteur de coagulation pour des problèmes de saignement ?  |  |  |
| 40. Avez-vous été opéré de la tête ou du cerveau ? (Avez-vous reçu une greffe de la dure-mère ou dans le cerveau ?)  |  |  |
| 41. Avez-vous reçu des hormones de croissance ?  |  |  |
| 42. Avez-vous un proche atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ?   |  |  |
| 43. Avez-vous déjà souffert de convulsions ou de troubles épileptiques depuis l'enfance ?  |  |  |
| 44. Étiez-vous atteints d'hépatite (maladie du foie) ou d'ictère - jaunisse ou été testé positif pour l'hépatite ?   |  |  |
| 45. Avez-vous déjà été atteint de paludisme (malaria) ?  |  |  |
| 46. Avez-vous été atteint de n'importe quel type de cancer y compris les leucémies sanguines ?   |  |  |
| 47. Avez-vous souffert de problèmes respiratoires, douleur à la poitrine ou de troubles cardiaques ou pulmonaires ?  |  |  |
| 48. Faites-vous don de votre sang juste pour être testé pour le virus de VIH/sida ?  |  |  |
| 49. Êtes-vous conscient que si vous étiez porteur de n'importe quelle infection virale, vous pourriez la transmettre même si vous vous sentez en forme et que votre test est négatif ? |  |  |
| 50. Avez-vous lu et compris toutes les informations et avez-vous répondu à toutes les questions ?  |  |  |
| 51. Pourrions-nous vous contacter en cas de besoin de don ?  |  |  |

Je, soussigné..... certifie par la présente que les renseignements médicaux que j'ai communiqués sont vrais et corrects. J'ai lu et compris les informations éducationnelles sur les comportements à risques et m'engage à éviter le risque de transmettre le VIH ou autres maladies contagieuses.

J'ai pleinement compris que je dois demeurer 10 minutes dans les locaux de la banque du sang après le don de sang total. Si je quitte les locaux sus-mentionnés avant ces 10 minutes, j'ai bien pris connaissance que cela va à l'encontre des recommandations médicales et serais ainsi tenu responsable de toute conséquence.

Signature du donneur..... Date.....

Durée du don : ..... Volume de sang collecté : .....

Recueil de sang effectué par : ..... Signature : .....