



Déclaration de consentement pour les donneuses et donneurs apparentés ou non apparentés de lymphocytes

NOM : PRÉNOM :

GRID / RELATED-ID :

Il m'a été annoncé que j'étais la donneuse appropriée, le donneur approprié pour une patiente ou un patient nécessitant une transfusion de lymphocytes et que cette thérapie pouvait contribuer à la guérison de la patiente, du patient. Je donne librement mon accord au prélèvement de lymphocytes pour la patiente désignée, le patient désigné et confirme plus spécifiquement les points suivants :

- J'ai reçu les informations orales et écrites sur le don de lymphocytes.
- J'ai reçu les informations orales et écrites sur les possibles effets secondaires et risques liés au prélèvement de lymphocytes.
- J'ai lu les informations destinée aux donneuses et donneurs* et en ai compris le contenu.
- L'occasion m'a été offerte de poser toutes mes questions. Les réponses fournies à celles-ci étaient satisfaisantes et j'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- J'ai reçu les informations concernant les analyses prévues en vue du don (en particulier les tests de dépistage d'infections comme le VIH, l'hépatite ou la syphilis et, le cas échéant, le test de grossesse).
- Je sais que j'ai le droit de consulter les résultats d'analyse.
- J'ai compris que les consignes stipulées dans les informations aux donneuses et donneurs, comme p. ex. l'aptitude au don ou l'annonce de modifications de l'état de santé, devaient être respectées. L'équipe médicale chargée du prélèvement peut m'exclure à tout moment du don dans l'intérêt de ma santé.
- Je m'engage en particulier à informer immédiatement l'équipe médicale chargée du prélèvement de toute atteinte à ma santé et de toute prise de médicament additionnel.
- Je prends note de mon droit de refuser de signer la présente déclaration de consentement ou de me rétracter après avoir signé ladite déclaration. Il n'en découlera aucune conséquence pour moi. Par contre, si on ne peut pas transfuser de lymphocytes à la patiente, au patient désigné/e de mes lymphocytes, il peut en résulter des atteintes graves pour sa santé.
- Je donne gratuitement mes lymphocytes. Ceux-ci sont exclusivement destinés au traitement de la patiente, du patient désigné/e en Suisse ou à l'étranger.
- Je donne mon accord à ce qu'une partie de mes cellules soit congelée dans de l'azote liquide pour être mise ultérieurement, si besoin est, à la disposition de la même patiente, du même patient.
- Il m'a été expliqué que plusieurs échantillons de sang seraient conservés à long terme après le prélèvement au cas où se poseraient un jour des questions sur la transplantation dont la réponse serait requise d'urgence par la patiente, le patient.

* « Information aux donneuses et donneurs apparentés de cellules souches du sang » et « Information aux donneuses et donneurs non apparentés de cellules souches du sang »



- Il m'a été expliqué qu'après une transplantation la patiente ou le patient se soumettait à des analyses génétiques permettant de vérifier la croissance des nouvelles cellules souches du sang et de détecter une éventuelle réapparition de la maladie. Très rarement, les résultats ainsi obtenus sont susceptibles d'avoir un impact pour moi et mes proches. Si Transfusion CRS Suisse SA a connaissance de résultats de ce genre, on me les communiquera. Si la situation devait se présenter, je souhaiterais :

- ☐ être informé/e des résultats dans tous les cas
- ☐ être informé/e des résultats s'ils sont significatifs pour la santé selon l'état actuel des connaissances médicales
- ☐ n'être informé/e en aucun cas

Merci de bien vouloir cocher l'une des trois options relatives à la communication des résultats.

- Je sais qu'en vertu de la loi sur la transplantation et de ses ordonnances tous les donneurs et donneuses ayant donné leurs lymphocytes en Suisse font l'objet de contrôles subséquents jusqu'à 10 ans après leur don.
- Il m'a été expliqué qu'il était possible que je reçoive une demande ultérieure pour un nouveau don de moelle osseuse, de cellules souches périphériques ou de lymphocytes pour la même patiente ou le même patient.
- Je sais qu'en Suisse, le don entre donneuse, donneur et patiente, patient **non apparenté(e)s** est soumis au principe de l'anonymat.
- Je confirme qu'il m'a été expliqué que je ne pourrais avoir aucune prétention à l'encontre de la patiente, du patient, de sa famille et de l'équipe médicale concernée. A l'inverse, je ne pourrai faire l'objet d'aucune exigence supplémentaire.

Transfusion CRS Suisse SA doit se conformer à la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Il m'a été expliqué que, dans le cadre de la préparation au don, mes données seraient utilisées sous une forme pseudonymisée (remplacement du nom par plusieurs chiffres) à l'échelle nationale et internationale, c'est-à-dire également dans des pays qui ne disposent pas d'une législation sur la protection des données comparable à celle de la Suisse et qui ne garantissent pas un niveau de sécurité équivalent. Ces données comprennent un numéro d'identification de la donneuse, du donneur, le sexe, la date de naissance ainsi que des informations sur mon état de santé et mon groupage tissulaire. De plus amples informations sur la protection des données se trouvent sur www.blutstammzellspende.ch/protection-des-donnees (Code QR : voir ci-dessous). Si j'ai des questions, je peux aussi m'adresser à tout moment à datenschutz@blutspende.ch.

- Par ma signature, je consens à la transmission de mes données personnelles précitées à des destinataires étrangers aux fins prévues.



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

SWISS BLOOD STEM CELLS

Blutspende SRK Schweiz AG
Tel. +41 (0)31 380 81 81
tx-coordination@blutspende.ch
www.blutspende.ch

Je déclare par la présente être d'accord de donner librement mes lymphocytes.

SIGNATURE DE LA DONNEUSE, DU DONNEUR :

pour les mineurs : parents ou représentante légale, représentant légal

.....

LIEU, DATE :

- La commission d'éthique compétente a donné son accord au don de la donneuse mineure, du donneur mineur (si la réglementation l'exige)

SIGNATURE DU / DE LA MÉDECIN RESPONSABLE (nom en majuscules, signature) :

.....

LIEU, DATE :

Plus d'informations sur les dispositions relatives à la protection des données :



www.blutstammzellspende.ch/protection-des-donnees