



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 la brochure 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 l'information aux donneuses et donneurs, comme p. ex. l'aptitude au don ou la 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 receveuse, au receveur désigné 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 receveuse désignée, du receveur désigné 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 receveuse, du même receveur
- J'ai été informé que quelques échantillons de sang seraient conservés à long terme après le prélèvement pour répondre aux éventuelles questions qui se poseraient par la suite au sujet de cette transplantation et qui présentent une importance primordiale pour la receveuse, le receveur

* « 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 la donneuse, le donneur, dans le cas présent pour ma personne. 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 ma santé selon l'état actuel des connaissances médicales
 - ne pas être informé/e des résultats sauf s'ils révèlent une menace imminente pour ma santé qui pourrait être écartée.

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 toutes les donneuses, tous les donneurs 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 receveuse ou le même receveur
- Je sais qu'en Suisse, le don entre donneuse, donneur et receveuse, receveur **non apparentés** est soumis au principe de l'anonymat
- Je confirme qu'il m'a été expliqué que je n'aurais aucune prétention à l'encontre de la receveuse, du receveur, 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/fr/protection-des-donnees-registre-des-cellules-souches-du-sang (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.



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

- 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):

.....

TÉMOIN (si souhaité):

.....

LIEU, DATE:

Dispositions sur la protection des données



Plus d'informations sur:

www.blutstammzellspende.ch/fr/protection-des-donnees-registre-des-cellules-souches-du-sang

PREVIEW ONLY