



Questionnaire médical CT/VT et Medical CheckUp

GRID / RELATED-ID :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre avec la plus grande sincérité aux questions ci-dessous en cochant d'une croix la case correspondante. Vous contribuerez ainsi à assurer votre propre sécurité et celle des patientes et patients qui reçoivent vos cellules souches du sang.

	Oui	Non	Visa
1. Vous sentez-vous actuellement en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Pesez-vous plus de 50 kg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous déjà fait un don de cellules souches du sang ? Si oui, quand ? _____ Où ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu des soins médicaux ou présenté une fièvre supérieure à 38°C ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. a) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments - même en l'absence de prescription médicale - (p. ex. comprimés, injections, suppositoires) ? Lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique (p. ex. Avodart® ou Duodart®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Au cours des 12 derniers mois avez-vous pris du Neotigason® ou Acicutan® (psoriasis) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Au cours des 2 dernières années avez-vous pris le médicament Erivedge® ou le gélule (contre le carcinome basocellulaire / cancer de la peau) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été vacciné(e) contre la rage, l'hépatite B, le tétanos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccinations ? Lesquelles ? _____ Quand ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Affection cardiaque/circulatoire ou pulmonaire (p. ex. problèmes de pression artérielle, infarctus, problèmes respiratoires, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), embolie pulmonaire, perte de connaissance) ? Laquelle ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Affection allergique (p. ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ? Laquelle ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Autres maladies (p. ex. diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, affection de la thyroïde, maladie nerveuse, épilepsie, cancer) ? Laquelle ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Au cours des 12 derniers mois avez-vous <input type="checkbox"/> été malade ? <input type="checkbox"/> eu un accident ? <input type="checkbox"/> été opéré(e) ? Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. a) Avez-vous reçu une greffe d'organe ou de tissu humain ou animal ? Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous été opéré(e) du cerveau ou de la moelle épinière ? Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous été traité(e) par hormones de croissance avant le 01.01.1986 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) vous-même ou une personne apparentée au 1 ^{er} degré par la maladie de Creutzfeldt-Jakob ? Veuillez le signaler même en cas de doute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Au cours des 12 derniers mois avez-vous reçu une ou plusieurs transfusions sanguines (érythrocytes, thrombocytes, plasma) ? Si oui, quand ? _____ Pour quelle raison ? _____ Dans quel pays ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Au cours des 30 derniers jours, avez-vous voyagé hors de la Suisse ? Où ? _____ De quand à quand ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p. ex. fièvre) ? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Risque de paludisme : Au cours des 12 derniers mois avez-vous séjourné hors de l'Europe ? Si oui, où ? _____ Depuis quand êtes-vous de retour ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. a) Etes-vous né(e) dans un pays extra-européen, y avez-vous grandi ou vécu pendant plus de 6 mois ? Si oui, dans quel pays ? _____ Si oui, depuis quand vivez-vous (à nouveau) en Europe ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Votre mère est-elle née dans un pays extra-européen, y a-t-elle grandi ou vécu pendant plus de 6 mois ? Si oui, dans quel pays ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



GRID / RELATED-ID :

	Ou i	Non	Visa
12. a) Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes : <input type="checkbox"/> tuberculose, <input type="checkbox"/> borréliose, <input type="checkbox"/> infection osseuse, <input type="checkbox"/> toxoplasmose, <input type="checkbox"/> paludisme, <input type="checkbox"/> Zika ? Quand ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes : <input type="checkbox"/> babésiose, <input type="checkbox"/> brucellose, <input type="checkbox"/> maladie de Chagas, <input type="checkbox"/> Ebola, <input type="checkbox"/> fièvre hémorragique virale, <input type="checkbox"/> fièvre Q, <input type="checkbox"/> leishmaniose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été en contact avec des maladies infectieuses ? Lesquelles ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été piqué(e) par une tique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu : <input type="checkbox"/> un tatouage, <input type="checkbox"/> une gastro-, coloscopie, <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture, <input type="checkbox"/> une épilation électrique, <input type="checkbox"/> un maquillage permanent, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> microblading, <input type="checkbox"/> un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, la bouche ou d'autres parties du corps) ? Quand ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Avez-vous déjà présenté une jaunisse ou eu un test de l'hépatite positif ? Lequel ? Hépatite <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Autre forme de jaunisse : _____ Quand ? <input type="checkbox"/> à la naissance Autre date : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Un membre de votre entourage, de votre milieu familial, ou votre partenaire sexuel(le) a-t-il/elle présenté une jaunisse (hépatite) au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous séjourné pour au moins 6 mois dans des pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA et pendant ce séjour étiez-vous exposé(e) à un risque d'infection VIH ? (p. ex. par rapport sexuel, intervention médicale, tatouage, piercing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Vous êtes-vous exposé(e) à l'une des situations à risque suivantes ? <input type="checkbox"/> Nouveau/elle partenaire sexuel/le au cours des 4 derniers mois. Combien ? _____ <input type="checkbox"/> Rapports sexuels contre rémunération (donneur/donneuse paie ou autre) payé(e) au cours des 12 derniers mois Plus d'une fois ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Injection de drogue au cours des 10 dernières années <input type="checkbox"/> Test positif pour le VIH (SIDA), la syphilis ou hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires <input type="checkbox"/> qui ont été exposé(e)s à une situation à risque selon la question 17 ? <input type="checkbox"/> qui, au cours des 12 derniers mois, ont reçu une transfusion sanguine ou se sont exposé(e)s à un autre risque d'infection VIH dans un pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ne concerne que les femmes			
19. Avez-vous accouché au cours des 12 derniers mois, allaitez-vous actuellement ou êtes-vous actuellement enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Combien de grossesses avez-vous eues (inclus des avortements) ? _____			

Confirmation à compléter et à signer par la donneuse, le donneur :

Les données personnelles saisies sont soumises au secret professionnel. Transfusion CRS Suisse doit se conformer à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Je confirme que mes données personnelles sont correctes et que j'ai répondu en toute sincérité au questionnaire.

Prénom : _____ Nom : _____ Date de naissance : _____

Date : _____ Signature : _____

A compléter par le SRTS CRS :

Remarques :

Questionnaire contrôlé (réponses aux questions et signature) Date : _____ Visum : _____

Aptitude au don Oui



SWISS BLOOD STEM CELLS

Non Raison : _____ Date : _____ Visum :

PREVIEW ONLY