



Numéro de prélèvement

Heures d'ouverture

Centre de transfusion sanguine de Bâle

lundi 10.30-19.00

mardi 07.30-19.00

mercredi 07.30-16.00

jeudi 07.30-16.00

vendredi 07.30-17.00

samedi 08.30-12.00

Hôpital de Liestal

mercredi 17.00-20.00

Faites attention aux horaires d'ouverture avant et pendant les jours fériés

Stiftung Blutspendezentrum SRK beider Basel, Hebelstrasse 10, CH-4031 Basel
Tel: +41(0) 61 265 20 90, Fax: +41(0) 61 265 20 49, blutspende-basel@usb.ch, www.blutspende-basel.ch

Donnez votre sang. Sauvez des vies.

2017

Chère donneuse, cher donneur

Vous êtes cordialement invité à donner de votre sang à partir de la date suivante:

Veillez s'il vous plaît remplir ce questionnaire, au plus tôt 24 heures avant votre don de sang, avec un stylo bleu ou noir et amenez ce questionnaire avec vous. Pour toutes questions veuillez contacter notre équipe afin de déterminer votre actuelle possibilité de don.

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|----------|-------|-----------|------|---------|-----|------|
| Neu | Typ | RhD | Systemex | Haemo | Blutdruck | Puls | Gewicht | FER | AKOE |
|-----|-----|-----|----------|-------|-----------|------|---------|-----|------|

Bemerkungen:
(durch Personal auszufüllen)

| | |
|--|---|
| Arzt-/Erstspendengespräch: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Spendetauglichkeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Arzt: _____ | Falls «Nein», Grund: _____ |
| Visum BSD: _____ | |

| | | | |
|---|--------------|------------------|----------------------|
| Vollständigkeit des Fragebogens und Unterschrift überprüft | Datum: _____ | Visum BSD: _____ | Visum VP: _____ |
| Identität kontrolliert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Datum: _____ | Visum BSD: _____ | Entnahmedauer: _____ |

Vous venez de lire le **formulaire d'information pour les donneurs de sang** et vous pensez être apte à donner de votre sang. Nous vous remercions de bien vouloir maintenant répondre avec la plus grande sincérité aux questions ci-dessous. Vous contribuerez ainsi à assurer votre propre sécurité et celle des patients qui reçoivent votre sang. Veuillez enfin confirmer par votre signature au verso que vous avez bien pris connaissance du formulaire d'information pour les donneurs de sang et que vous consentez aujourd'hui à donner de votre sang.

| | Oui | Non | Visa SRTS CRS |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|
| 1. Avez-vous déjà donné de votre sang? Si oui, quand pour la dernière fois? _____ Où? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Pesez-vous plus de 50 kg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Vous sentez-vous actuellement en bonne santé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Au cours des 72 dernières heures avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. 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"/> | |
| 6. 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 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique ou la chute des cheveux (p. ex. Alopecia, Finacapil, Propecia® ou Proscar®) ou contre l'acné (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoïne®, Tretinac® ou Toctino®)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) 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"/> | |
| d) Au cours des 3 derniers ans avez-vous pris du Neotigason® ou Acicutan® (psoriasis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. a) Avez-vous reçu une immunothérapie (cellules ou sérum d'origine humaine ou animale)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) 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"/> | |
| c) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccinations? Lesquelles? _____ Quand? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivantes? | | | |
| a) Affection cardiaque/circulatoire ou pulmonaire (problème de pression artérielle, infarctus, problèmes respiratoires, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), perte de conscience)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) Maladie de la peau (p. ex. blessure, éruption, eczéma) ou affection allergique (p. ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) autres maladies (diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, cancer)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Au cours des 12 derniers mois ou depuis votre dernier don de sang avez-vous? <input type="checkbox"/> été malade? <input type="checkbox"/> eu un accident? <input type="checkbox"/> été opéré(e)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. a) Avez-vous reçu une greffe d'organe ou de tissu humain ou animal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) Avez-vous été opéré(e) du cerveau ou de la moelle épinière? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) Avez-vous été traité(e) par hormone de croissance avant le 1.1.1986? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d) Etes-vous/un membre de votre famille est ou a t'il été atteint par la maladie de Creutzfeldt-Jakob? Veuillez le signaler même en cas de doute. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e) Avez-vous séjourné entre le 1.1.1980 et le 31.12.1996 pour une durée totale de 6 mois ou plus au Royaume-Uni (UK) (Angleterre, Pays de Galles, Ecosse, Irlande du Nord, Ile de Man, Iles Anglo-Normandes, Gibraltar et Iles Falkland)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| f) Avez-vous reçu une transfusion sanguine depuis le 1.1.1980? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Au cours des 6 derniers mois avez-vous voyagé hors de la Suisse? a) Si oui, où? _____ Depuis quand êtes-vous de retour? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p. ex. fièvre)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Oui | Non | Visa SRTS CRS |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| 12. 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? _____ 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"/> | |
| 13. a) Avez-vous déjà présenté une des maladies suivantes: <input type="checkbox"/> tuberculose, <input type="checkbox"/> borréliose, <input type="checkbox"/> brucellose, <input type="checkbox"/> infection osseuse, <input type="checkbox"/> fièvre typhoïde, <input type="checkbox"/> fièvre Q, <input type="checkbox"/> toxoplasmose, <input type="checkbox"/> babésiose, <input type="checkbox"/> maladie de Chagas, <input type="checkbox"/> malaria, <input type="checkbox"/> leishmaniose, <input type="checkbox"/> ebola, <input type="checkbox"/> zika? Quand? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été piqué par une tique ou eu un contact avec des personnes atteintes de maladie infectieuse? Si oui, précisez: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Au cours des 4 derniers mois avez-vous eu: <input type="checkbox"/> un tatouage, <input type="checkbox"/> une gastro- colonoscopie, <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture, <input type="checkbox"/> une épilation par aiguille, <input type="checkbox"/> un maquillage permanent, <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, la bouche ou autres parties du corps)? Quand? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou eu un test de l'hépatite positif? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Un membre de votre entourage, de votre milieu familial, ou votre partenaire sexuel habituel a-t-il présenté une jaunisse (hépatite) ou la maladie à virus Zika au cours des 12 derniers mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Vous êtes vous exposé(e)s à l'une des situations à risque suivante? <input type="checkbox"/> Changement de partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois <input type="checkbox"/> Rapports sexuels avec des partenaires changeants/successifs au cours des 12 derniers mois (rapports protégés ou non) <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois, séjour d'une durée d'au moins 6 mois dans des pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA <input type="checkbox"/> Rapports sexuels entre hommes depuis 1977 <input type="checkbox"/> Rapports sexuels contre rémunération pécuniaire, drogues ou médicaments depuis 1977 <input type="checkbox"/> Injection de drogue actuellement ou dans le passé <input type="checkbox"/> Test positif pour le virus du SIDA (VIH), la syphilis ou la jaunisse (hépatite B et 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 exposés à une situation à risque selon la question 17, ou <input type="checkbox"/> qui ont reçu une transfusion sanguine dans un pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA, ou <input type="checkbox"/> qui ont été traités avec des médicaments fabriqués à base de sang en raison d'un trouble de la coagulation sanguine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ne concerne que les femmes | | | |
| 19. Avez-vous déjà été enceinte? Si oui, date de la dernière grossesse? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. Avez-vous reçu des injections hormonales en raison d'une stérilité avant le 1.1.1986? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Formulaire de consentement à compléter et signer par la donneuse/le donneur:

- Je consens par la présente à donner de mon sang.
- Je confirme par ma signature que j'ai bien lu et compris toutes les informations du formulaire d'information pour les donneurs de sang et que l'on m'a fourni toutes les explications nécessaires.
- Je confirme que mes données personnelles sont correctes et que j'ai répondu en toute conscience au questionnaire.
- Je sais que le sang que je donne est soumis à des tests biologiques pouvant comporter des méthodes génétiques si nécessaire et qu'un échantillon de mon sang sera conservé pour d'éventuels contrôles selon la Loi sur les produits thérapeutiques. J'accepte d'être informé des résultats en cas d'anomalie.

- Je suis conscient, que certains composants de mon don peuvent être utilisés pour la fabrication de médicaments.
- Je consens également à ce que mon don ou certains de ses composants soient utilisés pour la recherche médicale après anonymisation définitive ou sous une forme codée.
- Les données personnelles collectées dans le cadre du don de sang sont soumises au secret médical et utilisées exclusivement par Transfusion CRS Suisse et les services régionaux de transfusion sanguine. Les services régionaux de transfusion sanguine sont légalement tenus de signaler aux autorités toute maladie soumise à déclaration obligatoire.

Nom: _____ Prénom: _____

Date: _____ Signature: _____ Date de naissance: _____

Remarques:
(A compléter par le SRTS CRS)

Visa STS



Formulaire d'information pour les donateurs de sang

Le don de sang consiste en une ponction veineuse au pli du coude permettant de prélever près de 500 ml de sang en 10 minutes environ. Cette perte rapide de sang est généralement bien supportée par une personne en bonne santé. Vos réponses au questionnaire médical, la prise de la pression artérielle et le dosage de l'hémoglobine nous permettent de vous éviter de donner de votre sang s'il existe une situation qui représente un danger prévisible pour votre santé. Néanmoins, malgré toutes les mesures de précaution prises certains événements indésirables ne peuvent être évités:

- Chute de la pression artérielle à l'origine d'un malaise,
- Manifestations locales au niveau du point de ponction (hématome ou lésion du nerf sous-jacent).

La majorité de ces événements est sans gravité et de très courte durée. Mais des complications exceptionnelles, éventuellement sévères (p. ex. réduction de la mobilité du bras de longue durée), ne peuvent être totalement exclues. Votre centre de transfusion vous donnera toute précision utile sur la manière de les éviter ou de les traiter. Après un don de sang, il faut respecter un délai d'attente d'au moins 12 heures avant de pratiquer des activités/loisirs ou d'exercer des professions qui pourraient mettre en danger le donneur de sang directement ou d'autres personnes.

Mesures de précaution visant à réduire le risque pour le receveur:

1. Situations à risque

Il existe un risque dès lors que des agents infectieux présents dans votre sang peuvent être transmis à un patient, même si vous n'êtes pas ou si vous ne vous sentez pas malade. C'est sur la base de vos réponses au questionnaire médical que nous essayons d'évaluer ce risque. La T-CH a mis en place des prescriptions claires permettant de déterminer votre aptitude au don de sang. En conséquence vous pouvez être refusé pour le don de sang de manière transitoire ou définitive.

Les situations à risque suivantes contre-indiquent définitivement le don de sang

1. Test positif pour les marqueurs des virus du SIDA (VIH), de l'hépatite C, de l'hépatite B évolutive et de l'agent de la syphilis
2. Rappports sexuels* masculins avec un ou plusieurs hommes depuis 1977
3. Rappports sexuels* contre rémunération pécuniaire, drogues ou médicaments depuis 1977
4. Injection de drogue (actuellement ou dans le passé)
5. Transfusions sanguines après le 01.01.1980

Les situations à risque suivantes contre-indiquent temporairement le don de sang

6. Séjour dans une région où sévit la malaria au cours des 6 derniers mois, en l'absence de tout problème de santé (en cas de maladie avec fièvre, le signaler au médecin des CTS)
7. Gonorrhée ou autres maladies vénériennes au cours des 12 derniers mois
8. Changement de partenaire sexuel* au cours des 4 derniers mois
9. Rappports sexuels* avec des partenaires changeants/successifs au cours des 12 derniers mois
10. Séjour d'une durée d'au moins 6 mois au cours 12 derniers mois dans des pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA
11. Rappports sexuels* au cours des 12 derniers mois avec des partenaires exposé(e)s à l'une des situations à risque mentionnées sous points 1 à 5 ou 7 à 10; l'exclusion temporaire est de 6 mois après des rapports sexuels avec des partenaires contaminés par l'hépatite B ou C

*protégés ou non

Vous restez libre, en tout temps et sans devoir fournir de motif, de vous retirer du don de sang avant, pendant ou après le don et de vous opposer à l'utilisation du sang donné, pour autant qu'il n'ait pas encore été transfusé.

2. Tests biologiques

Le dépistage systématique du virus du SIDA, des hépatites (B et C), de l'agent de la syphilis et si nécessaire du virus Parvo B19 et de l'hépatite A est pratiqué lors de chaque don de sang. Si l'un des tests est réactif, vous en êtes immédiatement informé et le sang donné n'est pas transfusé. Néanmoins, il existe toujours un certain délai entre le moment de la contamination et celui à partir duquel les tests biologiques deviennent réactifs. Il est alors possible qu'un agent infectieux soit transmis au receveur sans que le centre de transfusion ne puisse le reconnaître et l'éviter. C'est pourquoi la sincérité de vos réponses au questionnaire est essentielle. De même, on détermine chez chaque donneur les groupes sanguins ABO, Rhésus D et éventuellement d'autres groupes importants en médecine transfusionnelle (à l'aide d'analyses génétiques si nécessaire).

3. Veuillez informer votre centre de transfusion sanguine dans les meilleurs délais si:

- au cours de ces prochains jours vous deviez être malade ou une personne de votre entourage proche présenter une maladie contagieuse,
- vous réalisez ultérieurement ne pas avoir répondu de façon appropriée au questionnaire médical,
- des complications surviennent à la suite de votre don de sang. En cas de dommage avéré nous disposons d'une assurance en responsabilité civile.

Les données personnelles collectées dans le cadre du don de sang sont soumises au secret médical et utilisées exclusivement par Transfusion CRS Suisse et les services régionaux de transfusion sanguine. Les services régionaux de transfusion sanguine sont légalement tenus de signaler aux autorités toute maladie soumise à déclaration obligatoire.