**COORDONNÉES DU CENTRE DONNEUR**

*Adresse du centre donneur :*

*Nom et prénom du médecin :*

**INFORMATIONS SUR LE DONNEUR**

*Nom et prénom du donneur :*

*Date de naissance : Groupe sanguin (si connu) :*

*N° de registre national/n° de carte d’identité : Appartenance ethnique :*

*Adresse complète du donneur :*

*Coordonnées du donneur :*

*Tél. domicile : Tél. lieu de travail :*

*GSM :*

*Adresse e-mail :*

En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez avoir pris connaissance du présent document. Veuillez également indiquer ci-dessous si vous êtes d’accord avec chaque énoncé.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je suis toujours candidat au don volontaire de cellules souches et désire rester enregistré comme donneur dans le registre des donneurs de moelle osseuse. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’ai compris les informations et j’ai reçu une réponse adéquate à mes questions. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je donne mon accord pour un prélèvement supplémentaire d’échantillons de sang en vue d’un don volontaire de cellules souches. Les tests demandés seront déterminés par le centre de transplantation du receveur. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que la confidentialité du typage sera assurée. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| La présente déclaration de consentement est éclairée, consciente et libre. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je remplis un questionnaire médical avec le médecin afin de déterminer une nouvelle fois mon aptitude physique comme donneur. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je confirme que toutes les informations de la déclaration de consentement faite au moment de l’inscription au registre des donneurs de cellules souches volontaires non familiaux sont restées inchangées :* Dans la négative, merci de préciser :

……………………………………………………………………………… | [ ]  OUI | [ ]  NON |

En outre, vous reconnaissez avoir pris connaissance, via le présent document, de la politique applicable au traitement de vos données à caractère personnel dans le cadre de votre don de cellules souches du sang ou de la moelle osseuse et déclarez être informé(e) que vos données à caractère personnel seront transmises sous forme codée à la World Marrow Donor Association et à d’autres centres actifs dans le domaine de la greffe de cellules souches à l’étranger. Vous pouvez également préciser vos préférences pour le traitement de vos données à caractère personnel ci-dessous.

[ ]  Je ne souhaite **pas** être invité(e) pour des recherches scientifiques supplémentaires ou à des fins médicales innovantes, telles que la médecine régénérative et l’immunothérapie.

[ ]  Je ne souhaite **pas** être appelé(e) pour un don de sang, de plaquettes et/ou de plasma qui pourrait être nécessaire pour le traitement d’un patient spécifique.

Par les présentes, je déclare avoir lu le présent document et avoir reçu suffisamment d’explications :

[ ]  J’ai reçu un exemplaire de la lettre d’information générale du donneur, y compris la politique applicable aux données, et j’ai pris connaissance de son contenu.

[ ]  J’ai reçu une copie de la lettre d’information concernant les frais du donneur et la communication

anonyme.

[ ]  J’ai reçu une copie de la présente déclaration de consentement.

|  |
| --- |
| *Nom et prénom du* ***donneur*** *:*  |
| *Signature :* | *Fait à :* *Date :*  |

Par la présente, je déclare que :

[ ]  l'identité du donneur a été vérifiée.

|  |
| --- |
| *Nom et prénom du* ***médecin****:*  |
| *Signature :* | *Fait à :* *Date :*  |

Rempli en deux exemplaires originaux :

* Un pour le candidat au don
* Un pour le dossier