Je soussigné(e) (nom, prénom) ………………………………………………………………………….. déclare être informé(e) et conscient(e), et je donne librement mon consentement au don de lymphocytes pour le traitement d’un(e) patient(e) ayant subi une greffe de cellules souches allogéniques.

En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez avoir pris connaissance du présent document, avoir eu l’occasion de poser des questions et consentir au prélèvement, à la conservation et à l’utilisation des lymphocytes. Veuillez par conséquent cocher toutes les cases ci-dessous pour accord.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’ai compris les informations et ai reçu une réponse adéquate à mes questions. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que je ne perçois aucune rétribution financière pour le don de lymphocytes. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| On m’a dit ce qu’étaient les lymphocytes. L’objectif et la nature du prélèvement sont clairs pour moi. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Pour les donneuses : je sais qu'il m'est conseillé d'éviter toute grossesse et que je dois subir un test de grossesse avant le prélèvement. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| On m’a dit de quelle manière le prélèvement allait se passer. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| On a abordé avec moi les risques que le type de prélèvement implique. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’accepte que les médecins exécutent la procédure en question en vue du prélèvement. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Si la pose d’un cathéter est impossible au pli du coude, j’autorise :* La pose d’un cathéter au niveau de l’aine
* La pose d’un cathéter au niveau du cou
* La pose d’un cathéter au niveau du thorax
 | [ ]  OUI[ ]  OUI[ ]  OUI | [ ]  NON[ ]  NON[ ]  NON |
| J’accepte que les médecins utilisent les lymphocytes prélevés en vue d’une injection de lymphocytes du donneur ou d’une conservation éventuelle. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je peux connaître les résultats des tests, notamment concernant le VIH. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais qu’une partie des cellules prélevées peuvent éventuellement être congelées. Cette partie peut uniquement servir à une administration ultérieure au patient.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| En cas de décès du patient, ces lymphocytes de donneur seront détruits. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Si le médecin responsable n’estime plus justifiée la conservation ultérieure, les lymphocytes restants seront détruits. Je n’en serai pas informé(e). | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Les informations sur le donneur sont enregistrées dans une base de données. Dans ce contexte, je sais que le médecin du centre donneur est tenu au secret professionnel et que la confidentialité de mes données est garantie. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Le présent consentement est éclairé, conscient et libre. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que je peux retirer le consentement à cette procédure tant que les lymphocytes n’ont pas été traités et tant que n’ont pas commencé les actions en vue de la préparation du patient à l’administration des lymphocytes. | [ ]  OUI | [ ]  NON |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’accepte expressément que mon don, s’il ne convient pas pour une transfusion, ou des fractions résiduelles ou des échantillons résiduels de mon don, puissent être utilisés pour la recherche scientifique\* et/ou à des fins de validation ou dans un but pédagogique aux conditions énoncées ci-dessus.\* Une fois que la recherche scientifique aura débuté, ce consentement ne pourra plus être retiré. | [ ]  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.

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

|  |
| --- |
| *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 :*  |

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

Rempli en deux exemplaires originaux :

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