|  |
| --- |
| Donneur (étiquette) |

Madame,

Monsieur,

Le présent questionnaire médical a pour objectif de vous soumettre à une enquête en tant que donneur potentiel et également de protéger le patient s’apprêtant à recevoir vos cellules souches ou vos lymphocytes. Il est très important que vous répondiez en toute honnêteté à l’ensemble des questions. Vos réponses sont confidentielles.

Merci de lire chaque question attentivement et d’y répondre le mieux possible.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous lu et compris les informations, et obtenu une réponse à toutes vos questions ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Êtes-vous en bonne santé ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Fumez-vous ?* Si oui, quantité par jour : ………………………………………………………………..
 | [ ]  OUI  | [ ]  NON |
| Consommez-vous de l’alcool ?* Si oui, quantité par jour : …………………………….......................................
 | [ ]  OUI  | [ ]  NON |

Voici des questions plus spécifiques sur votre santé.

**État de santé général**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous consulté un généraliste ou un spécialiste au cours de ces derniers mois ?* Si oui, pour quel motif ? ………………………………………………………………………
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des six derniers mois pour un examen, une opération, une endoscopie (examen endoscopique) ou un autre traitement ?* Si oui, pour quel motif et à quelle période ? ……………………………………………………......
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà eu une maladie grave ou maligne (leucémie comprise) ou une tumeur maligne ?* Si oui, laquelle et à quelle période ? Décrivez le traitement que vous avez reçu :

……………………………………………….......................................................... | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Vous a-t-on déjà diagnostiqué une affection immunologique ou hématologique ?* Si oui, laquelle ? …………………………………………………………………………
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà subi une opération cérébrale (craniotomie) ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Êtes-vous actuellement sous traitement (y compris vitamines, préparations à base de plantes et médicament à l’essai) ?* Si oui, notez le médicament, la posologie et le motif de la prise :

1/ …………………………………………………………………………………2/ …………………………………………………………………………………...3/ …………………………………………………………………........................4/ …………………………………………………………………………………...5/ …………………………………………………………………………………...6/ …………………………………………………….……………………………..7/ ……………………………………………………...………….........................8/ …………………………………………………….…………………………….. | [ ]  OUI  | [ ]  NON |
| Prenez-vous des corticoïdes depuis au moins 90 jours ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Au cours de ces deux dernières années, avez-vous pris du Neotigason ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Prenez-vous des immunodépresseurs ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Présentez-vous l’un des symptômes suivants ? |  |  |
| * perte de poids inexpliquée
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| * sueurs nocturnes inexpliquées
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| * diarrhée constante inexpliquée
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| * toux ou dyspnée constante inexpliquée
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| * fièvre inexpliquée (> 38 °C)
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| * gonflement constant des ganglions lymphatiques
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Vous arrive-t-il d’avoir spontanément des ecchymoses ou des saignements de nez (épistaxis) ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Continuez-vous à saigner longtemps après une extraction dentaire ou une opération ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Y a-t-il dans votre famille une tendance accrue aux hémorragies ou aux thromboses ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous d’une allergie au latex, à des médicaments, alimentaire ou autre ?* Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà souffert de troubles cutanés, comme de l’eczéma ou du psoriasis ?* Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà souffert de :* maux de ventre ?
* douleurs intestinales ?
* Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Êtes-vous diabétique ?* Si oui, quel traitement suivez-vous ? ……………………………………………………
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous subi une neurochirurgie par le passé ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Au cours des douze derniers mois, avez-vous été traité(e) dans une unité d’urgence ou hospitalisé(e), ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ?* Si oui, merci de préciser : …………………………………………………………………..
 | [ ]  OUI  | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà rencontré des problèmes lors d’une anesthésie générale ou locale ?* Si oui, merci de préciser : ……………………………………………………………………..
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Y a-t-il dans votre famille des personnes ayant des problèmes avec l’anesthésie ?* Si oui, merci de préciser : ……………………………………………………………………..
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |

**Maladies cardiaques, vasculaires et rénales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous déjà eu un AVC, un infarctus, une maladie cardiaque ou une opération cardiaque ?* Si oui, merci de préciser et de décrire le traitement que vous avez reçu :

…………………………………………………………………….............................. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Ressentez-vous des douleurs, une tension ou une gêne au niveau de la poitrine pendant l’effort ?* Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous des palpitations ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Êtes-vous essoufflé(e) au repos/à l’effort ?* Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà souffert d’une mauvaise circulation au niveau des jambes ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Souffrez-vous d’hypertension ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous une maladie rénale ?  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous été en dialyse (rénale) chronique ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà souffert d’infection urinaire ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |

**Voies respiratoires et poumons**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous déjà connu des problèmes respiratoires, y compris asthme, rhume des foins, apnées nocturnes ou dyspnée ?* Si oui, lesquels ? Décrivez le traitement que vous avez reçu : ………………………………………………………………………………………….
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous eu la tuberculose ou y a-t-il dans votre entourage une personne ayant déjà eu la tuberculose ?* Si oui, à quelle période ? ………………………………………………………………………
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà connu une embolie pulmonaire ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |

**Système nerveux central**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Êtes-vous épileptique ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Souffrez-vous d’une maladie dégénérative du système nerveux (démence progressive, maladie d’Alzheimer…) ou d’une autre maladie neurologique (sclérose en plaques, maladie de Parkinson…) ?* Si oui, laquelle ? ………………………………………………………………………….
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà fait une hémorragie cérébrale ou un infarctus cérébral ?* Si oui, à quelle période ? ……………………………………………………………………...
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |

**Muscles et articulations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Souffrez-vous d’une maladie auto-immune systémique chronique (comme la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus érythémateux) ?* Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà eu des problèmes de cou, de dos, de hanche ou musculaires ? * Si oui, lesquels ? Décrivez le traitement que vous avez reçu :

1/……………………………………………………………………………………2/……………………………………………………………………………………3/…………………………………………………………………………………… | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà souffert d’une raideur ou d’une faiblesse au niveau des articulations ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Vous êtes-vous déjà cassé une jambe ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà souffert d’ostéoporose ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |

**Questions concernant le risque de transmission des infections**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous déjà subi une greffe de tissu ou d’un autre matériel de donneur d’origine humaine (entre autres cornée, tympan, dure-mère (méninges)) ou de tissu d’origine animale (xénogreffe) ?* Si oui, merci de préciser : ……………………………………………………………………….
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà subi une greffe d’organe ou de cellules (moelle osseuse, peau, cœur, reins ou foie) ?* Si oui, merci de préciser : ……………………………………………………………………….
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà fait un don d’organe, de tissu ou de cellules ?* Si oui, merci de préciser : ……………………………………………………………………….
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous reçu du sang, du plasma ou d’autres produits sanguins au cours des six derniers mois ?* Si oui, quel produit et à quelle période ? …………………………………………………………..
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà été refusé en tant que donneur de sang ?* Si oui, pour quel motif ? ……………………………………………………………..
 | [ ]  OUI  | [ ]  NON |
| Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu un problème de coagulation, comme l’hémophilie ? Avez-vous déjà reçu des facteurs de coagulation d’origine humaine ?* Si oui, lequel et à quelle période ? …………………………………………………………..
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec une personne hémophile ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà été exposé(e) à l’une des substances suivantes : cyanure, plomb, mercure ou or ?* Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous subi l’un des traitements suivants au cours des douze derniers mois : tatouage, acupuncture, perforation du lobe de l’oreille, piercing ou scopie ? (entourez ce qui convient)* Si oui, à quelle période ?.................................................................................................
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| La technique a-t-elle été exécutée dans un établissement agréé (titulaire d’une licence) ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous eu un accident par piqûre au cours des douze derniers mois ou avez-vous été en contact avec du sang étranger par lésion, rupture de la barrière cutanée ou contact muqueux (par ex. œil, bouche) ?* Si oui, merci de préciser : …….…………………………………………………………………
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Vous êtes-vous blessé(e) à une aiguille usagée ou à un objet tranchant souillé de sang au cours des douze derniers mois ?* Si oui, à quelle période ? ………………………………………………………………………
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous pris de la drogue au cours des douze derniers mois ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà eu des rapports sexuels contre de l’argent, de la drogue ou une autre forme de paiement ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| **Donneurs masculins**: avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec un autre homme ? | [ ]  OUI | [ ]  NON [ ]  s.o. |
| **Donneurs féminins**: avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec un homme ayant déjà eu des rapports sexuels avec un autre homme ? | [ ]  OUI | [ ]  NON [ ]  s.o. |
| Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec une personne née ou vivant en Afrique ou avec une personne ayant séjourné ou vécu en Amérique du Sud ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Vous êtes-vous fait vacciner par vaccin vivant au cours des quatre dernières semaines (polio, herpes zoster, rougeole) ?* Si oui, lequel et à quelle période ? .................................................................................
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà eu la jaunisse (hépatite) ?* Si oui, à quelle période ? ……………………………………………………………………...
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous été en contact au cours des six derniers mois avec une personne ayant la jaunisse ou une autre maladie contagieuse ?* Si oui, à quelle période ? ……………………………………………………………………..
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous été piqué(e) par une tique au cours des quatre derniers mois ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Vous êtes-vous rendu(e) au cours des six derniers mois dans une région où des mesures de prévention contre le paludisme (la malaria) sont indiquées ?* Si oui, dans quelle région ? …………………………………………………………………………..
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous pris des mesures de prévention contre le paludisme (la malaria) ?* Si oui, quel traitement avez-vous suivi ? ……………………………………………………………..
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà eu le paludisme (la malaria) ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous séjourné au moins six mois (total cumulé des séjours) en Grande-Bretagne entre 1980 et 1996 inclus ?  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Après 1980, avez-vous reçu des produits sanguins en France ou au Royaume-Uni ?* Si oui, dans quel pays et quand ? ………………………………..
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Au cours des cinq dernières semaines, avez-vous séjourné ailleurs qu’en Belgique ?* Si oui, dans quel pays ? ...................................................................................
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous séjourné en dehors de l’Europe au cours des trois dernières années ?* Si oui, dans quel pays et à quelle période ? ……………………………………
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Vous êtes-vous déjà rendu(e) en Amérique centrale ou en Amérique du Sud ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous peut-être été récemment en contact avec une personne ayant séjourné dans une région à risque pour la maladie due au virus Ebola ou pour la maladie due au virus Zika ?* Si oui, à quelle période ? ………………………………………………………………………
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Pensez-vous avoir eu des rapports sexuels vous faisant courir le risque d’une contamination par le VIH ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Souffrez-vous, ou suspecte-t-on que vous souffrez, du VIH, du virus de l’hépatite B, du virus de l’hépatite C ou du virus T-lymphotropique humain (HTLV)?* Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous été contrôlé(e) positif pour la syphilis ou une autre maladie vénérienne, ou avez-vous été traité(e) pour une maladie vénérienne ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà reçu un traitement par hormone de croissance (avant 1985) ou par hormone hypophysaire d’origine humaine ?Si oui, à quelle période et par quelle hormone ? ……………………………………………………………. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Souffrez-vous d’une infection généralisée (provoquée par une bactérie, un virus, un champignon ou un parasite) ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà eu la maladie de Chagas et/ou été contrôlé(e) positif au *Trypanosoma cruzi* ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous déjà été infecté(e) par le virus du Nil occidental ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |

**Hypersensibilité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Êtes-vous hypersensible à des médicaments, à l’iode, à des produits de contraste de radiologie ou à d’autres produits ? * Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |

**Anamnèse familiale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Y a-t-il dans votre famille des maladies héréditaires ?* Si oui, lesquelles ? …………………………………………………………………………..
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Souffrez-vous ou un membre de votre famille souffre-t-il de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (maladie de la vache folle) ou d’une variante de celle-ci, du syndrome de Gerstmann-Scheinker ou d’insomnie fatale familiale ?* Si oui, entourez ce qui convient.
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |

**Donneurs de sexe féminin** (donneurs de sexe masculin : sans objet [ ] )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous des enfants ?* Si oui, combien ? …………………………………………………………………….
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Avez-vous été enceinte au cours des neuf derniers mois ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Allaitez-vous ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Se peut-il que vous soyez enceinte en ce moment ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Prévoyez-vous une grossesse dans les six prochains mois ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Utilisez-vous une contraception ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |

**Généralités**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Y a-t-il d’autres éléments concernant votre santé qui n’ont pas été évoqués dans le présent questionnaire et que vous jugez importants ?* Si oui, merci de préciser : ……………………………………………………………………….
 | [ ]  OUI | [ ]  NON |

Je déclare avoir répondu au questionnaire ci-dessus en toute honnêteté.

***Nom et prénom du donneur Nom et prénom du médecin***

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

*Signature Signature*

*Fait à : Fait à :*

*Date : Date :*