

**QUESTIONNAIRE D'APTITUDE MEDICALE
AU DON DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES
(INSCRIPTION ET MAINTIEN SUR LE FICHER)**

A compléter par le médecin lors de l'entretien médical **REPLIR TOUT DE MÊME**

Nom de naissance:

Prénoms :

Nom d'usage:

Profession :

Date de naissance :

Poids :

$$IMC = \frac{\text{Poids (Kg)}}{\text{Taille x taille (m)}} =$$

Taille :

$$\text{Taille x taille (m)}$$

Comment avez-vous eu connaissance du don de moelle ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entourage | <input type="checkbox"/> Recrutement actif |
| <input type="checkbox"/> Association | <input type="checkbox"/> Presse / media |
| <input type="checkbox"/> Info Centre donneur de sang | <input type="checkbox"/> Marketing direct |
| <input type="checkbox"/> Info Centre donneur de moelle | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

Nombre de grossesses :

Transfusions :

Donneur de sang :

oui non

IMPORTANT

**NE REPRESENTENT PAS UNE CONTRE-INDICATION A L'INSCRIPTION
SUR LE REGISTRE NATIONAL DE DONNEURS DE MOELLE OSSEUSE**

- ➔ les antécédents de transfusion sanguine : absence de chaîne de transmissibilité,
- ➔ les petits poids (< 50 Kg) : donneurs susceptibles de donner à des patients pédiatriques ou de poids similaire,
- ➔ les tatouages (sauf étendus en zone lombo-sacrée), piercing, endoscopie, antécédent de toxicomanie par voie nasale : l'information sera transmise aux centres greffeurs, si ces donneurs sont sollicités dans les 4 mois qui suivent l'événement.

**REPONSES SUSCEPTIBLES DE REPRESENTER
UNE CONTRE-INDICATION**

A l'issue de l'entretien médical, une réponse positive peut générer :

- **une inscription**
- **un complément d'information médicale**
- **une exclusion à l'un des deux types de prélèvement**
- **une récusation**

Ces décisions doivent être motivées et expliquées au volontaire au don.

PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Affections cardiaques sévères | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle même équilibrée sous traitement | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Antécédents de phlébite (avec traitement anticoagulant) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Terrain variqueux symptomatique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Antécédents d'embolie pulmonaire | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Antécédents familiaux répétés de phlébite ou d'embolie pulmonaire | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

PATHOLOGIES BRONCHO-PULMONAIRES

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Asthme modéré à sévère nécessitant un traitement chronique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Insuffisance respiratoire chronique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

PATHOLOGIES METABOLIQUES

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Déficit héréditaire enzymatique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Obésité (IMC > 35) (à discuter chez le sportif) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Nom et prénom du donneur :

PATHOLOGIES NEURO-ENCEPHALIQUES

Maladie du système nerveux central	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pathologie neuro-musculaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Épilepsie traitée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale du système nerveux central	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents d'hyperthermie maligne (personnel ou familial)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux de la maladie de Creutzfeld-Jacob ou du nouveau variant	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES

Diabète traité (par insuline ou anti-diabétique oraux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Affections thyroïdiennes (hyperthyroïdie, thyroïdites)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents de traitement		
- par hormone de croissance d'origine humaine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- par gonadotrophines chorioniques humaines <u>d'origine hypophysaire</u>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

PATHOLOGIES DIGESTIVES

Reflux Gastro Oesophagien chronique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Gastroplastie (anneau gastrique)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS

Pathologie carcinologique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Greffe d'organe ou de tissu (dure-mère, cornée...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES

Affections allergiques nécessitant un traitement chronique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allergie sévère à type d'œdème de Quincke, choc anaphylactique ou urticaire géant (quelle que soit l'origine du produit)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

DIVERS

Antécédents de lumbago sévère, de hernies discales (cervicales, dorsales et lombaires)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents de sciatalgies invalidantes		
Maladie auto-immune	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Anomalies caryotypiques connues	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Traitement régulier par :		
- des anti-agrégants, anti-coagulants	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- des anti-dépresseurs, neuroleptiques	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Séjour de plus d'un an cumulé dans les îles britanniques entre 1980 et 1996 ? (Contre-indication UNIQUEMENT pour l'INSCRIPTION d'un nouveau donneur)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédent de crise de paludisme (Contre-indication UNIQUEMENT pour l'INSCRIPTION d'un nouveau donneur)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Situation à risque (relations sexuelles entre hommes, partenaires multiples, toxicomanie intra-veineuse...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Glaucome à angle fermé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pathologie hématologique (thalassémie, même mineure, coagulopathie...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Grossesse en cours ou accouchement depuis moins de 6 mois	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allaitement en cours	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Nom et prénom du donneur :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Affections de la cage thoracique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Affections de la colonne vertébrale, lombalgies récurrentes | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Surcharge pondérale (25 < IMC ≤ 35) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Difficultés d'abord veineux (don de CSP) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Anomalies de la filière ORL et du cou | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Toxicomanie nasale | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Antécédents d'emprisonnement
(inscription possible 4 mois et au delà après la sortie) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Réactions allergiques modérées | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Si oui, préciser la substance concernée : | | |
| Antécédents anesthésiques | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| date et raison : | | |
| Y-a-t-il eu un problème anesthésique ? (si oui, préciser)..... | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Séjours en zones à risque infectieux (Paludisme, Chagas, Virus du Nil...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Date et lieu : | | |
| Traitement médicamenteux en cours (si oui, préciser) : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Hospitalisation dans les 12 derniers mois (si oui, préciser) : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Membre de la famille atteint d'une pathologie hématologique à type de leucémie
ou myélodysplasie | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Si oui, préciser - la pathologie : | | |
| - le lien de parenté : | | |

Nom du médecin:

Donneur déclaré: APTE au don de moelle osseuse de CSP
 INAPTE au don de moelle osseuse de CSP

Commentaires / argumentation :

.....

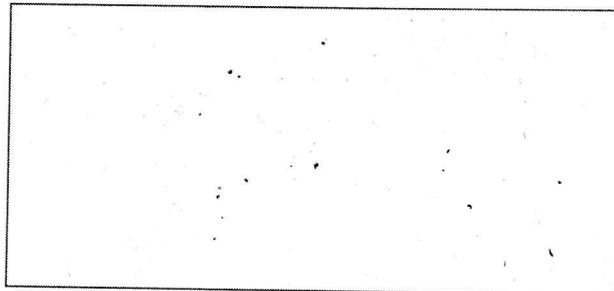
.....

.....

Date : ___ / ___ / ___

Signature

cachet :





ENGAGEMENT VOLONTAIRE INITIAL AU DON DE MOELLE OSSEUSE

Je suis volontaire pour être donneur de moelle osseuse en faveur d'un(e) malade qui ne m'est pas apparenté(e) et qui n'a pas de donneur dans sa famille, où qu'il se trouve dans le monde. Je suis âgé(e) de 18 à 50 ans.

J'accepte de me soumettre à une prise de sang, en vue de la détermination de mon groupage tissulaire. Je serai alors inscrit(e) sur le Registre National de donneurs de moelle osseuse "France Greffe de Moelle" de l'Agence de la biomédecine. Un prélèvement biologique sera conservé (congélation) dans un but scientifique, en lien avec le don que je suis susceptible d'effectuer.

A ma demande, j'obtiendrai tous les renseignements contenus dans mon dossier.

J'ai pris connaissance que :

- Ce don est volontaire, anonyme et gratuit ;
- Le prélèvement sera, selon la demande du médecin greffeur et avec mon accord :
- **soit un prélèvement de moelle osseuse** qui se fera sous anesthésie générale, laquelle sera validée par l'anesthésiste de l'hôpital assurant le prélèvement ;
 - Je serai donc hospitalisé(e) et aurai, s'il y a lieu, une période d'arrêt de travail déterminée par le corps médical ;
- **soit un prélèvement de cellules souches périphériques** qui se fera après injections d'un médicament destiné à stimuler la moelle osseuse et prescrit par un médecin hématologiste ;
 - Le prélèvement se fera dans un centre de cytophérèse ;
 - Les frais, inhérents à l'organisation de ce prélèvement, seront pris en charge par l'hôpital préleveur ;
 - Je ne chercherai jamais à connaître le patient qui aura reçu les cellules de ma moelle osseuse ;
 - Je pourrai, exceptionnellement, être sollicité(e) dans un avenir plus ou moins proche, pour un second don de moelle osseuse ou de cellules sanguines périphériques, pour le bénéfice du même patient ;
 - Je dois signaler tout changement d'adresse ou d'état civil, afin de pouvoir être joint rapidement en cas de compatibilité avec un patient.

Je m'engage donc à devenir donneur de moelle osseuse et/ou de cellules souches périphériques et à le rester, si possible, jusqu'à l'âge de 60 ans. Je sais que cet engagement reste révoquant à tout moment.

A _____

le ____ / ____ / ____

DONNEUR

MEDECIN AYANT INFORME LE DONNEUR

Signature :

Nom :

Signature :

Renseignements à fournir (en caractères d'imprimerie)

Nom d'usage :

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

_____ e-mail : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Tél personnel : _____ Tél professionnel : _____

2^{ème} adresse (parents, amis...) :

Nom :

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Tél : _____