

QUESTIONNAIRE MEDICAL

QUESTION	RÉPONSE	EXPLICATIONS	VISA INF	VISA MED
1. Votre dernier don s'est-il bien passé et était-ce auprès de la Croix-Rouge luxembourgeoise ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
2. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
3. Avez-vous prévu une visite médicale/des examens médicaux/une opération à court terme ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
DANS LES 7 JOURS QUI PRÉCÈDENT...				
4. Vous êtes-vous bien senti ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
2N. Suivez-vous un régime (hypocalorique, végétarien...) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
5. Êtes-vous en congé de maladie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
6. Avez-vous fait une visite chez le dentiste ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
7. Avez-vous pris des médicaments type antalgiques ou anti-inflammatoires (aspirine, ibuprofène...) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
CES 4 DERNIÈRES SEMAINES, AVEZ-VOUS...				
8. Pris d'autres médicaments occasionnels ou des compléments alimentaires ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
9. Eu une infection banale (refroidissement, diarrhée, cystite, épisode fébrile...) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
10. Eu une plaie ouverte, un abcès, une infection de la peau ou une morsure de tique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
11. Eu une réaction allergique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
12. Reçu un vaccin ou une autre injection ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
DEPUIS VOTRE DERNIÈRE PRÉSENCE AU CTS, AVEZ-VOUS...				
13. Eu une maladie grave, infectieuse, contagieuse, tropicale, un accident ou une fracture ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
14. Eu un malaise, un vertige ou une syncope ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
15. Eu une hémorragie exceptionnelle ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
16. Remarqué une perte de poids inexplicable ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
17. Eu une diarrhée prolongée (avec ou sans fièvre) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
18. Remarqué des ganglions anormaux ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
19. Eu une fièvre prolongée (>38°C) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
20. Été en contact avec des maladies contagieuses ou infectieuses ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
21. Été victime d'un accident potentiellement contaminant par le sang, tel qu'une piqûre accidentelle, une exposition à du sang ou d'autres liquides biologiques ou une blessure ou morsure par un animal ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date :		
22. Consulté un médecin ou fait des analyses ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
CES 4 DERNIERS MOIS OU DEPUIS VOTRE DERNIÈRE PRÉSENCE, AVEZ-VOUS...				
23. Subi des examens ou actes techniques médicaux tels qu'une endoscopie (fibroscopie ORL, gastroscopie, colonoscopie...) ou un traitement par acupuncture ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date :		
24. Eu un(e) piercing, percement d'oreille, épilation électrique permanente, tatouage ou maquillage permanent ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date :		
25. Séjourné dans une région énumérée dans la page « Contre-indications » consultable sur le site internet www.don-du-sang.lu et présentée lors de l'entretien pré-don ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date de retour :		
2A. Votre partenaire est-il revenu d'une zone à risque pour le virus ZIKA (détaillé lors de votre entretien pré-don) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			

QUESTION	RÉPONSE	EXPLICATIONS	VISA INF	VISA MED
CES 6 DERNIERS MOIS OU DEPUIS VOTRE DERNIÈRE PRÉSENCE, AVEZ-VOUS...				
26. Été hospitalisé, été opéré, eu une anesthésie, reçu une transfusion sanguine ou une injection de sang ou composants sanguins ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
27. Pris des médicaments à base de Dutastéride (Avodart, Combodart...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
28. Été enceinte, accouché ou allaité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date : <input type="radio"/> Je suis un homme		
29. Voyageé en dehors de l'Europe ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pays : Date de retour :		
CES 3 DERNIÈRES ANNÉES OU DEPUIS VOTRE DERNIÈRE PRÉSENCE, AVEZ-VOUS...				
30. Voyageé dans une région endémique pour le paludisme ou la malaria ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pays : Date de retour :		
DEPUIS VOTRE DERNIÈRE PRÉSENCE, AVEZ-VOUS EU...				
31. Des problèmes cardiovasculaires ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
32. Des maladies pulmonaires ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
33. Des maladies gastro-intestinales ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
34. Des problèmes de foie, hépatites virales ou non-virales, jaunisse ou cirrhose ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
35. Des maladies rénales ou urologiques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
36. Des problèmes gynécologiques ou obstétricaux ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je suis un homme		
37. Des maladies endocrinologiques ou métaboliques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
38. Des maladies hématologiques ou de coagulation ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
39. Des maladies neurologiques ou psychiatriques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
40. La maladie de Creutzfeld-Jakob (CJD) ou de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (CSS) ou des antécédents familiaux de ces maladies ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
41. Une maladie orthopédique ou rhumatologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
42. Des problèmes d'allergie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
43. Des maladies dermatologiques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
44. Une maladie sexuellement transmissible ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
DANS VOTRE VIE...				
45. Avez-vous séjourné, entre 1980 et 1996 , plus que 12 mois au Royaume-Uni ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
46. Avez-vous, après le 01.01.1980 , été opéré ou transfusé au Royaume-Uni ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
47. Avez-vous eu un traitement par hormone ou extrait de la glande hypophysaire ou pituitaire (hormone de croissance...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
48. Avez-vous eu un traitement par Tigason ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
49. Avez-vous eu une transplantation ou greffe d'organe, de tissu, de cornée ou de dure-mère ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date :		
51. Êtes-vous en bonne santé ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
AUJOURD'HUI / DANS LES PROCHAINS JOUR...				
50. Avez-vous prévu des efforts physiques ou des activités dangereuses ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			

INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LES DONNEURS DE SANG TOTAL, DE PLASMA ET DE PLAQUETTES SUR CERTAINES INFECTIONS.

Le SIDA, stade d'évolution ultime de l'infection VIH, est connu depuis 1981, et se caractérise par un affaiblissement des défenses immunitaires, qui aboutissent à des infections graves et des cancers.

Lors de chaque don de sang total ou d'aphérèse, votre sang est testé à l'aide d'analyses de laboratoire pour détecter certaines maladies infectieuses et transmissibles par le sang (comme l'hépatite B, l'hépatite C, la syphilis, l'infection VIH...)

Malgré des techniques de laboratoire très sensibles, il se peut que, dans des cas exceptionnels, une personne contaminée ne soit pas détectée, surtout si le test est fait tôt après la contamination.

Pour cette raison, il est extrêmement important que les personnes avec un comportement à risque accru de contamination ne donnent pas leur sang, leur plasma ou leurs plaquettes.

LES QUESTIONS SUIVANTES PERMETTENT D'IDENTIFIER DANS LE CADRE DE LA TRANSFUSION UN TEL RISQUE.

QUESTION	RÉPONSE	EXPLICATIONS	VISA INF	VISA MED
R1. Êtes-vous séropositif VIH ou atteint du SIDA ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
DANS VOTRE VIE...				
R2. Vous êtes-vous injecté des drogues ou produits dopants (même une seule fois) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
R3. Avez-vous eu des relations sexuelles rémunérées par de l'argent ou de la drogue ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
R4. Avez-vous reçu régulièrement des transfusions de sang ou de produits sanguins ou des dérivés plasmatiques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
R5. Avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne positive au VIH ou atteinte du SIDA ou d'une hépatite virale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
R6. Avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne originaire ou habitant un pays hyperendémique pour l'infection VIH ou les hépatites virales ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
CES 4 DERNIERS MOIS...				
R7. Avez-vous eu un nouveau partenaire sexuel ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
R9. Avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
R0. À votre connaissance, votre partenaire a-t-il ou elle eu des contacts sexuels avec une autre personne ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
CES 5 DERNIÈRES ANNÉES...				
S1. Avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne s'injectant ou s'étant injecté des drogues ou produits dopants ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
S2. Avez-vous eu un partenaire ayant eu des relations sexuelles rémunérées par de l'argent ou de la drogue ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
S3. Avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne recevant régulièrement des transfusions sanguines ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
CES 12 DERNIERS MOIS...				
H3. Pour les hommes : Avez-vous eu des relations sexuelles avec un autre homme (même une seule fois) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
H4. Pour les femmes : Avez-vous eu des relations sexuelles avec un homme qui a eu un contact sexuel avec un autre homme ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			

Dans certains cas, un ou plusieurs composants de mon don (par exemple des filtres retenant les globules blancs ou le reste des tubes d'analyse) pourront, sous couvert de pseudonymisation, être utilisés pour la recherche médicale ou scientifique et/ou pour l'amélioration du système transfusionnel

- J'accepte
- Je n'accepte pas

PAR MA SIGNATURE, JE CERTIFIE :

- Avoir pris connaissance et compris les informations didactiques fournies,
- Avoir eu la possibilité de poser des questions et avoir reçu toutes les explications nécessaires,
- Avoir lu et compris le questionnaire médical,
- Avoir répondu correctement et honnêtement aux questions qui y sont posées,
- Avoir lu et compris les informations importantes sur certaines infections,
- Avoir donné des renseignements et réponses qui sont honnêtes et à ma connaissance exacts,
- Avoir donné mon consentement éclairé pour la poursuite du processus du don.

Le Centre de Transfusion Sanguine de la Croix-Rouge luxembourgeoise attache une grande importance au respect de la vie privée et à la protection des données. Vos données personnelles sont traitées en toute confidentialité et sont protégées par le secret médical.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date :

Signature

Attesté par :

Date :

Signature infirmière et/ou Signature médecin

COLLER ICI UNE EBC