



EDV-Eingabe:	ja <input type="checkbox"/>
Kontrolle Datum:	Visum:

**Nous vous prions d'utiliser le questionnaire actuel ([www.blutspendezurich.ch](http://www.blutspendezurich.ch) → **Formulare & Dokumente**) et le remplir lisiblement le jour-même du don de sang!**

Entnahmenummer:

**Veillez lire attentivement la fiche informative ci-jointe avant de remplir, le jour-même du don, le questionnaire (page 1 et 2) avec un stylo-bille indélébile bleu ou noir.**

Pour une identification sûre, nous vous prions d'inscrire votre date de naissance.

Jour	Mois	Année
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**A remplir seulement en cas de changement:**

Nom:		Prénom:	
Rue et numéro:			
NPA et localité:		E-mail:	
Tél. privé:	Tél. prof.:	Tél. mobile:	

Vom Entnahmepersonal auszufüllen: Personaldaten überprüft und mit CTS verifiziert. Visum:

Blutdruck	Temperatur	Visum	Extra	ACD	Ausw.	Arzt	RW
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
max. 180/100 min. 100/50	max. 38°	Visum <input type="text"/>				Grund <input type="text"/>	
Puls	HB	Visum	Gewicht	Grösse	KK	ME	<input type="checkbox"/> mRö <input type="checkbox"/> oRö
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
max. 100 min. 50	F 125-165 M 135-185						

Phlebotomist/-in	Beginn	Ende	Entn.-Dauer/Visum	Entn.-Menge	Lot-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bemerkungen:**

Visum: \_\_\_\_\_

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.07.2017, ZHBSD Version 13



# Questionnaire médical

Répondre par X à chaque question

	Oui	Non	Visum ZHBSD
<b>1.</b> Avez-vous déjà donné de votre sang? Si oui, quand pour la dernière fois? _____ Où? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.</b> Pesez-vous plus de 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.</b> Etes-vous actuellement en bonne santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4.</b> Au cours des 72 dernières heures avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5.</b> Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu des soins médicaux ou présenté une fièvre supérieure à 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. a)</b> Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments – même en l'absence de prescription médicale – (p. ex. comprimés, injections, suppositoires)? Lesquels? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique ou la chute des cheveux (p. ex. Alopecia®, Finacapil®, Propecia® ou Proscar®) ou contre l'acné (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoïn®, Tretinac® ou Toctino®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c)</b> Au cours des 6 derniers mois avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique (p. ex. Avodart® ou Duodart®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>d)</b> Au cours des 3 dernières années avez-vous pris du Neotigason® ou Acicutan® (psoriasis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. a)</b> Avez-vous reçu une immunothérapie (cellules ou sérum d'origine humaine ou animale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été vacciné(e) contre la rage, l'hépatite B, le tétanos? Quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c)</b> Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccinations? Lesquelles? _____ Quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8.</b> Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivantes? <b>a)</b> Affection cardiaque/circulatoire ou pulmonaire (p. ex. problème de pression artérielle, infarctus, problèmes respiratoires, accident vasculaire cérébral, perte de conscience)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Maladie de la peau (p. ex. blessure, éruption, eczéma) ou affection allergique (p. ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c)</b> Autres maladies (diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, cancer)? Dépendance (alcool, drogues ou médicaments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9.</b> Au cours des 12 derniers mois ou depuis votre dernier don de sang avez-vous <input type="checkbox"/> été malade? <input type="checkbox"/> été opéré(e)? <input type="checkbox"/> eu un accident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. a)</b> Avez-vous reçu une greffe d'organe ou de tissu humain ou animal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Avez-vous été opéré(e) du cerveau ou de la moelle épinière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Oui	Non	Visum ZHBSD
<b>c)</b> Avez-vous été traité(e) par hormone de croissance avant 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>d)</b> Êtes-vous/étiez-vous ou un consanguin atteint/sous suspicion de la maladie Creutzfeldt-Jakob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>e)</b> Avez-vous séjourné entre le 1.1.1980 et le 31.12.1996 pour une durée totale de 6 mois ou plus au Royaume-Uni (UK) (Angleterre, Pays de Galles, Ecosse, Irlande du Nord, Ile de Man, Iles Anglo-Normandes, Gibraltar et Iles Falkland)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>f)</b> Avez-vous reçu une transfusion sanguine depuis le 1.1.1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11.</b> Au cours des 6 derniers mois avez-vous voyagé hors de la Suisse? <b>a)</b> Si oui, où? _____ Depuis quand êtes-vous de retour? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p. ex. fièvre)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez: _____			
<b>12. a)</b> Etes-vous né(e) dans un pays extra-européen, y avez-vous grandi ou vécu pendant plus de 6 mois? Si oui, dans quel pays? _____ Si oui, depuis quand vivez-vous en Europe? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Votre mère est-elle née dans un pays extra-européen, y a-t-elle grandi ou vécu pendant plus de 6 mois? Si oui, dans quel pays? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>13. a)</b> Avez-vous déjà présenté une des maladies suivantes: <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Borréliose <input type="checkbox"/> Babésiose <input type="checkbox"/> Fièvre typhoïde <input type="checkbox"/> Maladie de Chagas <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Infection osseuse <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Fièvre Q <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> Zika Quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Au cours des 3 derniers mois avez-vous été piqué par une tique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c)</b> Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu un contact avec une personne présentant une maladie infectieuse? Si oui, précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>14.</b> Au cours des 4 derniers mois avez-vous eu: <input type="checkbox"/> une gastro-, colonoscopie <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture <input type="checkbox"/> une épilation par aiguille <input type="checkbox"/> un tatouage <input type="checkbox"/> un maquillage permanent <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, la bouche ou autres parties du corps)? Quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

# Questionnaire médical

Répondre par X à chaque question

Entnahmenummer:

	Oui	Non	Visum ZHBSD
15. a) Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou eu un test de l'hépatite positif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Un membre de votre entourage, de votre milieu familial, ou votre partenaire sexuel habituel a-t-il présenté une jaunisse (hépatite) ou la maladie à virus Zika au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Vous êtes-vous exposé(e) à l'une des situations à risque suivante? <input type="checkbox"/> Changement ou nouveau partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois <input type="checkbox"/> Rapports sexuels avec de multiples partenaires au cours des 12 derniers mois (rapports protégés ou non) <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois, séjour d'une durée d'au moins 6 mois dans des pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA <input type="checkbox"/> Rapport sexuel entre hommes au cours de votre vie <input type="checkbox"/> Rapport sexuel entre hommes au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Rapport sexuel contre rémunération pécuniaire, drogues ou médicaments <input type="checkbox"/> Injection de drogue actuellement ou dans le passé <input type="checkbox"/> Test positif pour le virus du SIDA (VIH), la syphilis ou la jaunisse (hépatite B et C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Oui	Non	Visum ZHBSD
17. Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires <input type="checkbox"/> qui ont été exposés à une situation à risque selon la question 16, ou <input type="checkbox"/> qui ont reçu une transfusion sanguine dans un pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA, ou <input type="checkbox"/> qui ont été traités avec des médicaments fabriqués à base de sang en raison d'un trouble de la coagulation sanguine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ne concerne que les femmes:</b>			
18. a) Avez-vous déjà été enceinte? b) Si oui, date de la dernière grossesse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Avez-vous reçu des injections hormonales en raison d'une stérilité avant le 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Formulaire de consentement à compléter et signer par la donneuse/le donneur:

- Je consens par la présente à donner de mon sang.
- Je sais que j'ai en tout temps la possibilité pendant et après le don, sans donner de raison, de faire marche arrière et d'interdire l'utilisation du sang donné.
- Je confirme par ma signature que j'ai bien lu et compris toutes les informations du formulaire d'information pour les donneurs de sang (version 13) et que l'on m'a fourni toutes les explications nécessaires.
- Je confirme que mes données personnelles sont correctes et que j'ai répondu en toute conscience au questionnaire.
- Je sais que le sang que je donne est soumis à des tests biologiques pouvant comporter des méthodes génétiques si nécessaire et qu'un échantillon de mon sang sera conservé pour d'éventuels contrôles selon la Loi sur les produits thérapeutiques. J'accepte d'être informé des résultats en cas d'anomalie.
- Je suis conscient, que certains composants de mon don peuvent être utilisés pour la fabrication de médicaments.
- Je consens également à ce que mon don ou certains de ses composants, ainsi que en cas exceptionnels des données médicales, soient utilisés pour la recherche médicale par des tiers, après anonymisation définitive. Suite à l'anonymisation il n'est pas possible de m'informer sur les résultats des recherches médicales. Je suis conscient(e) que je peux revenir à tout moment sur ce droit d'anonymiser mes données pour la recherche médicale.
- Je suis conscient que des informations personnelles sont soumises au secret médical et que les données personnelles sont exclusivement utilisées par la Transfusion CRS Suisse (T-CH CRS) et les Services Régionaux de Transfusion Sanguine CRS (SRTS CRS).
- Les services régionaux de transfusion sanguine sont légalement tenus de signaler aux autorités toute maladie soumise à l'obligation d'annoncer.

Nom: (remplir en caractères d'imprimerie svp.)  Prénom:  Date de naissance:

Date:  Signature:

### Bemerkungen Anamnese:

zu Frage: \_\_\_\_\_

zu Frage: \_\_\_\_\_

zu Frage: \_\_\_\_\_

zu Frage: \_\_\_\_\_

	Spendetauglich	Rückweisung	Ausschluss	Datum	Visum
Fragebogen kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HB, Puls, BD kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Schlusskontrolle:

**Merci beaucoup pour votre don.**



## Formulaire d'information pour les donateurs de sang (version 13)

### Risques pour le donneur

Le don de sang consiste en une ponction veineuse au pli du coude permettant de prélever près de 1/2 litre de sang en 12 minutes environ. Cette perte rapide de sang est généralement bien supportée par une personne en bonne santé. C'est pourquoi, il est important que vous soyez en bonne santé. Vos réponses au questionnaire médical, la prise de la pression artérielle et la mesure de l'hémoglobine nous permettent d'évaluer s'il existe une situation qui représente un danger prévisible pour votre santé et dans ce cas de refuser votre don. Néanmoins, malgré toutes les mesures de précaution prises, certains effets secondaires indésirables peuvent se manifester:

- Chute de la pression artérielle à l'origine d'un malaise,
- Manifestations locales au niveau du point de ponction (hématome, dilatation d'un vaisseau sanguin ou lésion du nerf sous-jacent).

La majorité de ces effets est sans gravité et de très courte durée. Mais des complications exceptionnelles éventuellement sévères (p.ex. réduction de la mobilité du bras de longue durée, blessure due à une chute), ne peuvent être totalement exclues. Votre centre de transfusion vous donnera toute précision utile sur la manière de les éviter ou de les traiter.

### Mesures de précaution visant à réduire le risque pour le receveur:

#### 1. Situations à risque

Il existe un risque si des agents infectieux sont présents dans votre sang, ils peuvent être transmis à un patient, même si vous n'êtes pas ou si vous ne vous sentez pas malade. C'est sur la base de vos réponses au questionnaire médical que nous essayons d'évaluer ce risque. La T-CH a mis en place des directives claires permettant de déterminer votre aptitude au don de sang. En conséquence vous pouvez être refusé pour le don de sang de manière transitoire ou définitive.

#### Les situations à risque suivantes contre-indiquent définitivement le don de sang

1. Test positif pour les marqueurs des virus du SIDA (VIH), de l'hépatite C, de l'hépatite B évolutive et de l'agent de la syphilis,
2. Rapport sexuel contre rémunération pécuniaire, drogues ou médicaments,
3. Injection de drogue (actuellement ou par le passé),
4. Transfusions sanguines après le 1. 1. 1980,
5. Séjour de 6 mois au total ou plus au Royaume-Uni (Angleterre, pays de Galles, Ecosse, Irlande du Nord, Ile de Man, Iles anglonormandes, Gibraltar, Malouines) entre le 1.1.1980 et le 31.12.1996

#### Les situations à risque suivantes contre-indiquent temporairement le don de sang

6. Séjour dans une région où sévit la malaria au cours des 6 derniers mois, en l'absence de tout problème de santé (en cas de maladie avec fièvre, le signaler au médecin des CRS),
7. Gonorrhée ou autre maladie vénérienne au cours des 12 derniers mois,
8. Changement de partenaire sexuel\* au cours des 4 derniers mois,
9. Rapport sexuel\* avec des partenaires changeants/successifs au cours des 12 derniers mois,
10. Rapport sexuel\* masculin avec un ou plusieurs hommes au cours des 12 derniers mois,
11. Séjour d'une durée d'au moins 6 mois au cours des 12 derniers mois dans des pays dont la population est largement atteinte par l'épidémie de SIDA,
12. Rapport sexuel\* au cours des 12 derniers mois avec des partenaires exposé(e)s à l'une des situations à risque mentionnées sous points 1 à 5 ou 7 à 10; l'exclusion temporaire est de 6 mois après un rapport sexuel avec des partenaires contaminés par l'hépatite B ou C.

\* protégés ou non

Vous restez libre, en tout temps et sans devoir fournir de motif, de vous retirer du don de sang avant, pendant ou après le don et de vous opposer à l'utilisation du sang donné, pour autant qu'il n'ait pas encore été transfusé.

#### 2. Tests biologiques

Le dépistage systématique du virus du SIDA, des hépatites (B et C), de l'agent de la syphilis et si nécessaire du virus Parvo B19 et HAV est pratiqué lors de chaque don de sang. Si l'un des tests est réactif, vous en êtes immédiatement informé et le sang donné n'est pas transfusé. Néanmoins, il existe toujours un certain délai entre le moment de la contamination et celui à partir duquel les tests biologiques deviennent réactifs. Il est alors possible qu'un agent infectieux soit transmis au receveur sans que le centre de transfusion ne puisse le reconnaître et l'éviter. C'est pourquoi la sincérité de vos réponses au questionnaire est essentielle.

De même, on détermine chez chaque donneur les groupes sanguins ABO, Rhésus D et éventuellement d'autres groupes importants en médecine transfusionnelle (à l'aide d'analyses génétiques si nécessaire).

### 3. Veuillez informer votre centre de transfusion sanguine dans les meilleurs délais si:

- au cours des prochains jours vous deviez être malade ou une personne de votre entourage proche présenter une maladie contagieuse,
- vous réalisez ultérieurement ne pas avoir répondu de façon appropriée au questionnaire médical,
- des complications surviennent à la suite de votre don de sang. En cas de dommage avéré, nous disposons d'une assurance en responsabilité civile.

Les informations personnelles données dans le cadre d'un don de sang sont soumises au secret médical. Les données personnelles ne peuvent être utilisées que par la Transfusion CRS Suisse et les Services Régionaux de Transfusion Sanguine. Les services régionaux de transfusion sanguine sont légalement tenus de signaler aux autorités toute maladie soumise à l'obligation d'annoncer.

Buvez beaucoup avant le don (pas d'alcool) et ne donnez pas du sang le ventre vide. Après le don, nous vous recommandons de prendre le temps de manger la collation offerte. N'oubliez pas d'apporter **une pièce d'identité avec photo** lors du premier don de sang et planifiez suffisamment de temps pour le don.

Afin d'assurer le bon déroulement du don de sang, nous vous informons que pour des raisons de santé ou médicales, le don de sang n'est pas autorisé, **temporairement** ou **définitivement** dans les cas suivants:

#### **Vous n'êtes pas autorisé à donner votre sang temporairement dans les cas suivants:**

- Aussi longtemps que vous présentez des boutons de fièvre
- Après éraflures ou écorchures importantes (72 heures)
- Après des traitements relatifs à l'hygiène dentaire ou dentaires (72 heures)
- En cas de refroidissement actuel (7 jours après disparition)
- Après une maladie comportant une fièvre supérieure à 38 °C
- Après la prise de certains médicaments: antibiotiques, médicaments contre les mycoses (2 semaines)
- Après l'introduction, le changement ou arrêt d'un traitement pour la tension artérielle
- Après une maladie avec fièvre et diarrhées répétées
- Après vaccination (selon le type de vaccin: 48 heures à 4 semaines)
- Après un séjour sur le continent nord-américain y compris le Mexique + Hawaï et/ou une région endémique pour le virus West-Nile (4 semaines)
- Après un séjour dans les zones à risque pour le Chikungunya, la fièvre de Dengue (4 semaines) ou d'autres maladies transmissibles (voir: [www.blutspendezurich.ch](http://www.blutspendezurich.ch), section Formulare und Dokumente)
- Avant une intervention chirurgicale prévue
- Après une opération (1 à 12 mois)
- Après piqûre de tique (3 mois, en cas de suspicion de borréliose et après traitement antibiotique 6 mois)
- Après endoscopie de l'estomac ou de l'intestin (4 mois)
- En cas de prise de médicament, sur ordonnance médicale, soignant un ulcère aiguë de l'appareil gastro-intestinal (3 mois après l'arrêt du traitement)
- Après un séjour dans une zone où sévit la malaria, ou dans une zone suspecte (6 mois)
- Pendant la grossesse et 12 mois après l'accouchement
- Après blessure par morsure (14 jours à 12 mois)
- Après une jaunisse d'origine infectieuse (au moins 2 ans)
- En cas d'épilepsie (3 ans après arrêt du traitement médicamenteux et sans attaque)
- Après un tatouage fait avec aiguille, piercing ou un make-up permanent (4 mois)

#### **Vous n'êtes pas autorisé à donner votre sang définitivement dans les cas suivants:**

- Après transplantation de tissus d'origine humaine ou animale (sauf implant dentaire)
- En cas de transfusions sanguines reçues dès 1980 (sauf auto- transfusion)
- En cas d'angine de poitrine, porteur de pacemaker, après infarctus du myocarde, opération avec by-pass ou pose d'un stent, en cas de prévention de l'endocardite
- En cas de grave maladie pulmonaire chronique (emphysème)
- En cas de cancer (même si vous avez été opéré). Le don est autorisé après guérison complète d'un basaliome ou après ablation complète d'un cancer précoce du col de l'utérus (Cervix Carcinome, Stadium I)
- Après toutes les opérations du cerveau ou de la moelle épinière
- Un séjour entre le 1.1.1980 et le 31.12.1996 pour une durée totale de 6 mois ou plus au Royaume-Uni (UK) (Angleterre, Pays de Galles, Ecosse, Irlande du Nord, Ile de Man, Iles Anglo-Normandes, Gibraltar et Iles Falkland)
- Diabète traité par insuline

Les chauffeurs de bus, de taxi et les conducteurs de locomotive ainsi que toute personne ayant la responsabilité directe de la vie d'autres doivent attendre au moins 12 heures après le don avant d'exercer leur profession; les pilotes doivent respecter un délai de 48 heures. Les donateurs qui pratiquent des loisirs tels que la plongée sous-marine, le parachutisme doivent attendre au moins 48 heures avant de reprendre ce type d'activités.

Nous vous recommandons d'éviter tout effort physique important jusqu'au lendemain du don.

La Transfusion CRS Suisse est consciente qu'elle touche à votre sphère privée avec ce type de questions. Dans l'intérêt des personnes transfusées et au regard à votre santé, nous vous remercions d'y répondre sincèrement.

**Cette liste n'est pas exhaustive. En cas de doutes ou questions ou besoin d'un conseil appelez-nous au 0840 200 300.**

Nous vous remercions de votre collaboration.