

QUESTIONNAIRE MEDICAL		EXPLICATIONS	VISA INFIRMIÈRE	VISA MÉDECIN
1.	Votre dernier don s'est-il bien passé et était-ce auprès de la CRL ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date :	
2.	Prenez-vous régulièrement des médicaments ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Type :	
3.	Avez-vous prévu une visite médicale/des examens médicaux/une opération à court terme ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Aujourd'hui resp. la semaine passée				
4.	vous sentez-vous bien ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
2N.	suivez-vous un régime ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
5.	êtes-vous en arrêt de travail/en congé de maladie ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
6.	avez-vous fait une visite chez le dentiste ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
7.	avez-vous pris des médicaments type antalgiques/anti-inflammatoires (Aspirine/Ibuprofen...) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Ces 4 dernières semaines				
8.	avez-vous pris d'autres médicaments occasionnels/resp. des compléments alimentaires ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
9.	avez-vous eu une infection banale (refroidissement/diarrhée/cystite...) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
10.	avez-vous eu • une plaie ouverte ; • un abcès, une infection de la peau ; • une morsure de tique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
11.	avez-vous eu une réaction allergique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
12.	avez-vous reçu un vaccin ou une autre injection ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Depuis votre dernier don				
13.	avez-vous eu • une maladie grave, infectieuse, contagieuse ou tropicale ; • un accident ; • une fracture ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
14.	avez-vous eu un(e) malaise / vertige / syncope ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
15.	avez-vous eu une hémorragie ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
16.	avez-vous remarqué une perte de poids inexplicable ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
17.	avez-vous eu une diarrhée prolongée (avec ou sans fièvre) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
18.	avez-vous remarqué des ganglions anormaux ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
19.	avez-vous eu une fièvre prolongée (>38°C) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
20.	avez-vous été en contact avec des maladies contagieuses/infectieuses ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
21.	avez-vous été victime d'un accident potentiellement contaminant par le sang : • piqûre accidentelle ; • exposition aux liquides biologiques ; • blessure par animal ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date :	
22.	avez-vous consulté un médecin / fait des analyses ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Ces 4 derniers mois resp. depuis votre dernier don				
23.	avez-vous subi des examens/actes techniques médicaux : • une endoscopie (fibroscopie ORL, gastroscopie, colonoscopie...); • un traitement par acupuncture ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date :	
24.	avez-vous eu un(e) • piercing ; • percement d'oreille ; • épilation électrique ; • tatouage ; • maquillage permanent ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date :	

		EXPLICATIONS	VISA INFIRMIÈRE	VISA MÉDECIN
25.	avez-vous séjourné dans une région énumérée dans le tableau «risques temporaires liés aux voyages» (disponible sur www.croix-rouge.lu et présenté en cabine médicale avant le don) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date retour :	
Ces 6 derniers mois resp. depuis votre dernier don				
26.	avez-vous • été hospitalisé ; • été opéré ; • eu une anesthésie ; • reçu une transfusion sanguine ; • eu une injection de sang / composants sanguins ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
27.	avez-vous pris des médicaments à base de Dutastéride (Avodart, Combodart...) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
28.	avez-vous • été enceinte ; • accouché ; • allaité ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date : Je suis un homme <input type="checkbox"/>	
29.	avez-vous voyagé en dehors de l'Europe ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Pays : Date retour :	
Ces 3 dernières années resp. depuis votre dernier don				
30.	Avez-vous voyagé dans une région endémique pour le paludisme / la Malaria ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Pays : Date retour :	
Depuis votre dernier don, avez-vous eu				
31.	des problèmes cardiovasculaires ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
32.	des maladies pulmonaires ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
33.	des maladies gastro-intestinales ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
34.	des problèmes de foie / hépatite ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
35.	des maladies rénales / urologiques	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
36.	des problèmes gynécologiques / obstétricaux ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Je suis un homme <input type="checkbox"/>	
37.	des maladies endocrinologiques / métaboliques ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
38.	des maladies hématologiques / de coagulation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
39.	des maladies neurologiques / psychiatriques ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
40.	la maladie de Creutzfeld-Jacob (CJD) ou Gerstmann-Sträussler-Scheincker (GSS) ou des antécédents familiaux de ces maladies ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
41.	une maladie orthopédique/rhumatologique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
42.	des problèmes d'allergie ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
43.	des maladies dermatologiques ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
44.	une maladie sexuellement transmissible ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
45.	Entre 1980-1996 , avez-vous séjourné plus que 12 mois au Royaume-Uni ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
46.	Après le 01.01.1980 , avez-vous été opéré ou transfusé au Royaume-Uni ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Dans votre vie avez-vous eu				
47.	un traitement par hormone/extrait de la glande hypophysaire / pituitaire (hormones de croissance...) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date :	
48.	un traitement par Tigason ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
49.	une transplantation ou greffe • d'organe, de tissu ; • de cornée ; • de dure-mère ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
51.	Etes-vous en bonne santé ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Aujourd'hui / dans les prochains jours				
50.	avez-vous prévu des efforts physiques / des activités dangereuses ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LES DONNEURS DE SANG TOTAL, DE PLASMA ET DE PLAQUETTES SUR L'INFECTION VIH/SIDA-AIDS

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 par le virus VIH.

Pour cette raison, il est extrêmement important que les personnes avec un comportement à risque accru de contamination par le VIH 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			VISA INFIRMIÈRE	VISA MÉDECIN
R1.	Etes-vous séropositif VIH ou atteint du SIDA ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Dans votre vie				
R2.	vous êtes-vous injecté des drogues ou produits dopants (même une seule fois) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
R3.	pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué la prostitution ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
R4.	avez-vous reçu régulièrement des transfusions de sang / produits sanguins ou dérivés plasmatiques ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
R5.	avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne VIH positive ou atteinte du SIDA ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
R6.	avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne originaire/habitant un pays hyperendémique pour l'infection VIH / hépatites (Afrique...) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Ces 4 derniers mois				
R7.	avez-vous eu un nouveau partenaire sexuel ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
R8.	avez-vous eu un partenaire sexuel occasionnel ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
R9.	avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Dans votre vie				
S1.	avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne s'injectant ou s'étant injecté des drogues ou produits dopants ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
S2.	avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne se prostituant ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
S3.	avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne recevant régulièrement des transfusions sanguines ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Pour les hommes				
H1.	avez-vous eu des relations sexuelles avec un autre homme (même une seule fois) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Pour les femmes				
H2.	avez-vous eu des relations sexuelles avec un homme qui a eu un contact sexuel avec un autre homme ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

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 l'infection VIH / SIDA - AIDS »
- Avoir donné des renseignements et réponses qui sont honnêtes et à ma connaissance exacts
- Donner mon consentement éclairé pour la poursuite du processus du don

Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_____
Date :	_____
Signature :	_____

Attesté par :	_____
Date :	_____
Signature infirmière	_____
et/ou	
Signature médecin	_____

**VOS DONNEES PERSONNELLES SONT TRAITES EN TOUTE CONFIDENTIALITE
ET SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL**

Coller ici une EBC
