

DOSSIER DU DON DE SANG

Collecte – lieu :

Date :

À compléter au besoin pour inscriptions manuelles ou modifications (section(s) appropriée(s) seulement).

IMPORTANT

Nous faisons tout en notre pouvoir pour que le questionnaire santé publié sur ce site soit à jour. Cependant, nous ne pouvons vous garantir qu'il s'agit de la version actuellement utilisée sur nos collectes de sang puisque ce document est en révision continue.

DOCUMENT NON OFFICIEL

Héma-Québec n'est pas responsable de l'utilisation de ce document et n'assure pas sa mise à jour.

N° ID BLIS : _____

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Nom à la naissance : _____

Sexe : M F

Date de naissance : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

N° assurance maladie : _____

Langue : Français Anglais Nb dons antérieurs : _____

Adresse : _____

Suite adresse : _____

Ville : _____ Qc ou _____

Code postal : _____

Téléphone (maison) : (____) _____ - _____

Téléphone (travail) : (____) _____ - _____ # _____

Informations spéciales :

Demande de nouvelle carte : Carte volée : ^{oui}

11. a) Vous êtes-vous présenté(e) sur une collecte de sang ailleurs qu'au Québec? ^{oui} ^{non}

Si oui, où? _____

b) Vous êtes-vous déjà inscrit(e) à une collecte de sang sous un nom différent? ^{oui} ^{non}

Signature du préposé à l'inscription :

Commentaires de l'informatique : Analyse 9003 (info. Manquante) : oui

Initiales du préposé à l'informatique :

Commentaires du préposé à l'inscription :

Initiales du préposé à l'inscription :

Cu SO ₄		Hb / Ht		Lésions de la peau		Analyse		Analyse		Analyse		Analyse	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9100 <input type="checkbox"/>	9107 < 30 jours <input type="checkbox"/>	9108 <input type="checkbox"/>	9109 <input type="checkbox"/>	C	NC	(R.U.)	(France)
				oui non		(AAS/IBU/PIROX)		30 jours <input type="checkbox"/>		(Transfusion R.U.)			
T.A.		Pouls		Température		9105 Malaria		Donneur accepté		Interdiction		Date de fin d'interdiction	
1.	2.	1.	2.	1.	2.	ajouté	enlevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
								oui non					
1 ^{ère} ponction		2 ^{ème} ponction		Techniques (signature)				Signature de l'infirmière (entrevue)		Étiquetage partiel (signature)		Remplissage des échantillons (signature)	
Début prélèvement (heure)		Début prélèvement (heure)		Étiquetage complet (signature)				Retrait de l'aiguille (signature)		Scellement (signature)		Prélèvement infirmière PROGESA (signature)	
Bras G D		Bras G D		Commentaires :								Emballage :	
N° agitateur :		N° agitateur :										N° boîte :	
Type de dispo. :		Type de dispo. :										Signature :	
Signature :		Signature :										Numéro de don	
Fin prélèvement (heure)		Fin prélèvement (heure)											

Répondez oui ou non aux questions 1 à 13

	OUI	NON	Commentaires à la collecte :
1. a) Vous sentez-vous bien aujourd'hui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Aujourd'hui, avez-vous le rhume, la grippe, mal à la gorge, de la fièvre, une infection ou des allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. a) Au cours des 3 derniers jours, avez-vous pris des médicaments ou des drogues (pilules, y compris de l'Aspirine ou injections) autres que des vitamines ou des contraceptifs oraux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 3 derniers jours, avez-vous eu un traitement dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. a) Au cours des 3 derniers mois, avez-vous reçu un vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris Accutane pour soigner une maladie de la peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous reçu des soins d'un médecin, subi une opération ou pris Cyclomen (Danazol)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) (Pour les femmes) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris Proscar ou Avodart (Dutastéride) pour des problèmes de prostate ou du Méthotrexate? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. a) Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous fait tatouer, percer les oreilles ou la peau? Avez-vous eu des traitements d'électrolyse ou d'acupuncture? Avez-vous eu une greffe? Vous êtes-vous blessé(e) avec une aiguille? Avez-vous été en contact avec le sang de quelqu'un d'autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un vaccin contre la rage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des contacts sexuels ou avez-vous vécu avec une personne qui a eu l'hépatite ou la jaunisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Avez-vous déjà pris Tegison ou Soriatane pour soigner une maladie de la peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous déjà pris de la gonadotrophine hypophysaire humaine (parfois utilisée pour le traitement de l'infertilité ou la perte de poids), ou de l'hormone de croissance humaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous déjà eu une greffe de dure-mère (enveloppe du cerveau)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous déjà eu un des problèmes suivants :			
a) jaunisse (sauf à la naissance), hépatite ou maladie du foie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) épilepsie, coma, thrombose cérébrale, convulsions ou pertes de connaissance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) problèmes cardiaques, problèmes de pression artérielle ou opération pour le cœur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) cancer, diabète, colite ulcéreuse ou maladie de Crohn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) problème de reins, de poumons ou maladie du sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) maladie de Chagas, babésiose ou leishmaniose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Est-ce que la maladie de Creutzfeldt-Jakob a été diagnostiquée chez un membre de votre parenté consanguine (parents, enfant, frère ou sœur)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. a) Avez-vous déjà eu la malaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 3 dernières années, êtes-vous allé(e) ailleurs qu'au Canada, aux États-Unis ou en Europe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. À l'exception du test effectué lors d'un don de sang, avez-vous déjà subi un test pour le VIH (virus du SIDA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Avez-vous voyagé ou résidé au Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Île de Man, Îles Anglo-Normandes) depuis 1980 inclusivement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
si oui : - avez-vous reçu une transfusion sanguine durant votre séjour?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- avez-vous séjourné au total 30 jours ou plus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous voyagé ou résidé en France, au total 3 mois ou plus, depuis 1980 inclusivement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous voyagé ou résidé en Europe de l'Ouest (y compris le Royaume-Uni et la France), au total 6 mois ou plus, depuis 1980 inclusivement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait de la prison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**DOCUMENT
NON OFFICIEL**

Héma-Québec n'est pas responsable de l'utilisation de ce document et n'assure pas sa mise à jour.

ARRÊTEZ ICI !

	OUI	NON	Commentaires à la collecte :
14. a) Avez-vous le SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous déjà eu un résultat positif à un test de dépistage du VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris de la cocaïne ou vous êtes-vous injecté des stéroïdes anabolisants (sports)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Vous êtes-vous, même une seule fois, injecté des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Depuis 1977, avez-vous accepté de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Question s'adressant aux hommes: Depuis 1977, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme, même une seule fois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Avez-vous déjà reçu des facteurs de coagulation pour un problème de saignement comme l'hémophilie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui a le SIDA ou qui a eu un résultat positif à un test de dépistage du VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Question s'adressant aux femmes: Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme qui a déjà eu une relation sexuelle avec un homme, même une seule fois depuis 1977?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui s'est déjà injectée des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné de l'argent ou des drogues pour avoir une relation sexuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui a obtenu de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui a reçu des facteurs de coagulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu la syphilis ou la gonorrhée ou avez-vous reçu un traitement pour ces maladies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins pour quelque raison que ce soit, comme un accident ou une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec quelqu'un dont vous ne connaissez pas le passé sexuel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. a) Êtes-vous né(e) ou avez-vous habité depuis 1977 dans un des pays suivants : Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, Guinée équatoriale, Gabon, Niger ou Nigéria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Si vous avez voyagé dans un de ces pays depuis 1977, avez-vous reçu une transfusion sanguine ou tout autre traitement médical comportant un produit fait à partir de sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne qui est née ou qui a habité depuis 1977 dans un ces pays?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

J'ai lu et je comprends l'information expliquant comment le VIH (virus du SIDA) peut être transmis à un patient par le sang ou les composants sanguins qui lui sont donnés. J'accepte de ne pas donner de sang ou de composants sanguins si je pense qu'il y a un risque que ceux-ci puissent transmettre le VIH. Je comprends bien la technique de prélèvement et je suis au courant de toute complication ou tout effet secondaire relié à mon don (sang total, plasmaphérèse, cytophérèse). Je sais que mon sang sera soumis à des tests de dépistage de l'hépatite, de la syphilis, du VIH et à d'autres mesures visant à améliorer la sûreté de l'approvisionnement en sang. **Je comprends que certains tests additionnels pourront être faits dans le cadre d'un projet de recherche qui vise à évaluer une nouvelle méthode de détection du VIH, du virus de l'hépatite C et du virus du Nil occidental et j'ai pris connaissance du feuillet d'information à ce sujet (donneurs autologues exclus).** Je sais qu'un résultat positif à l'un ou l'autre de ces tests me sera communiqué confidentiellement et qu'un tel résultat sera signalé à la santé publique là où la loi l'exige. J'ai répondu honnêtement à toutes les questions. J'accepte de donner du sang qui sera utilisé conformément aux décisions d'HÉMA-QUÉBEC. Veuillez communiquer avec le centre d'HÉMA-QUÉBEC si après avoir donné du sang, vous décidez que votre sang ne devrait pas être utilisé, peu importe la raison.

Facultatif : les résultats des tests effectués peuvent être communiqués directement à mon médecin de famille.

Signature du donneur

Nom du médecin

Date

Adresse du médecin