

## QUESTIONNAIRE DE PRE-CONVOCATION APTITUDE AU DON DE MOELLE OSSEUSE

NOM* :	PRENOM* :	NOM DE JEUNE FILLE* :
DATE DE NAISSANCE :		
ADRESSE COMPLETE* :		
☎ DOMICILE :		☎ PORTABLE :
ADRESSE EMAIL :		
* <i>Ecrire en lettres majuscules</i>		

Poids :       Taille :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Etes-vous déjà donneur de sang ?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si non, s'agit-il d'une raison médicale ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <br>Avez-vous été traité pour une maladie grave ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, laquelle ?  |                              |                              |
| <br>Avez-vous une maladie nécessitant un suivi médical régulier ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <br>Prenez-vous un traitement régulier ?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, lequel ?  |                              |                              |
| <br>Avez-vous été hospitalisé et/ou opéré ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, pourquoi ?  |                              |                              |
| <br>Avez-vous eu une crise de paludisme dans les 3 dernières années ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <br>Etes-vous traité pour une tension artérielle élevée ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <br>Avez-vous déjà eu un lumbago, une sciatique ou une hernie discale ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <br>Avez-vous déjà fait une réaction allergique sévère, œdème de Quincke, urticaire géant ou un choc anaphylactique ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <br>Avez-vous eu des crises d'épilepsie ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, dans l'enfance <input type="checkbox"/> à l'âge adulte <input type="checkbox"/>                               |                              |                              |
| <br>Avez-vous une maladie du sang ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, laquelle ?  |                              |                              |

Date :

Signature :

*Ce questionnaire est destiné à éviter de vous déplacer en consultation en cas de contre-indication médicale absolue au don de moelle osseuse.*

*Par ailleurs, nous vous informons que certaines questions peuvent donner lieu à un appel téléphonique pour préciser vos réponses. Au décours de ce questionnaire et/ou de l'appel téléphonique, vous serez ou non convoqué(e) pour un entretien médical plus complet.*



À..... LE..... SIGNATURE .....

**Renseignements à fournir** (en caractères d'imprimerie)

NOM.....

NOM DE JEUNE FILLE.....

PRÉNOMS.....

DATE DE NAISSANCE    DÉPARTEMENT DE NAISSANCE

ADRESSE .....

CODE POSTAL  LOCALITÉ .....

TÉL. PERSONNEL

TÉL. PROFESSIONNEL

TÉL. MOBILE

E-MAIL .....

SEXE  MASCULIN  FÉMININ

COMMENT AVEZ-VOUS ÉTÉ INFORMÉ(E)  
SUR LE DON DE MOELLE OSSEUSE ?

INTERNET

PRESSE

ASSOCIATION

MÉDECIN/HÔPITAL

ÉVÉNEMENT

AUTRE

PRÉCISEZ VOTRE RÉPONSE : .....

J'ACCEPTÉ DE RECEVOIR DES INFORMATIONS SUR LE DON DE  
MOELLE OSSEUSE DE LA PART DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/78, vous disposez, en nous écrivant, d'un droit d'accès, de rectification, et de suppression des données vous concernant contenues dans notre fichier. Vos coordonnées ne seront en aucun cas communiquées à des tiers.

