

DOSSIER DU DON DE SANG

**ÉTIQUETTE DU
NUMÉRO DU DON**

RÉPONDEZ OUI OU NON AUX QUESTIONS 1 À 13. NOIRCISSEZ LES CASES COMME CECI : ■ 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. À l'exception du test effectué lors d'un don de sang, avez-vous passé un test de dépistage du virus du SIDA (VIH) au cours du dernier mois?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Au cours des 3 derniers mois, avez-vous reçu un vaccin?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours du dernier mois, avez-vous pris Accutane, Clarus (isotrétinoïne), Toctino (alittrétinoïne), Proscar, Propecia (finastéride) ou Cyclomen (danazol)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. a) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous reçu des soins d'un médecin ou subi une opération?.....	<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 Avodart, Jalyn (dutastéride) ou du méthotrexate?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous fait tatouer ou percer les oreilles ou la peau, ou avez-vous eu des traitements par électrolyse ou acupuncture?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous blessé(e) avec une aiguille ou avez-vous été en contact avec le sang de quelqu'un d'autre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un vaccin contre la rage ou reçu une greffe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des contacts étroits avec une personne qui a eu une hépatite ou la jaunisse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait de la prison?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous séjourné hors du Canada ou des États-Unis pendant moins de 6 mois?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 3 dernières années et demie, avez-vous passé plus de 6 mois consécutifs à l'extérieur du Canada ou des États-Unis?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. a) Depuis 1980, avez-vous reçu une transfusion de sang ou un produit sanguin au Royaume-Uni, en France ou ailleurs en Europe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous passé au total 3 mois ou plus au Royaume-Uni (Angleterre, Irlande du Nord, Écosse, pays de Galles, île de Man et îles Anglo-Normandes) entre le 1 ^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 1996?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous passé au total 3 mois ou plus en France entre le 1 ^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 1996?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Avez-vous passé au total 6 mois ou plus en Arabie saoudite entre le 1 ^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 1996?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Avez-vous passé au total 5 ans ou plus en Europe depuis le 1 ^{er} janvier 1980?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Avez-vous déjà eu la malaria?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 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 l'hormone de croissance humaine ou eu une greffe de dure-mère (enveloppe du cerveau)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Avez-vous déjà eu un des troubles suivants :			
a) jaunisse (sauf à la naissance) ou hépatite?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) épilepsie, coma, accident vasculaire cérébral ou pertes de connaissance?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) cancer, diabète ou maladie de Crohn?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) problèmes de cœur, de reins, de poumons ou maladie du sang?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) maladie de Chagas, babésiose ou leishmaniose?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. La maladie de Creutzfeldt-Jakob a-t-elle été diagnostiquée chez un membre de votre parenté consanguine (parent, enfant, frère ou sœur)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Dans le cadre d'un emploi, avez-vous déjà pris soin d'un singe ou été en contact avec son corps ou ses liquides corporels?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ARRÊTEZ ICI!

OUI NON Commentaires à la collecte

14. a) Avez-vous passé 6 mois consécutifs ou plus au Mexique, en Amérique centrale ou en Amérique du Sud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Êtes-vous né(e) au Mexique, en Amérique centrale ou en Amérique du Sud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Votre mère ou votre grand-mère est-elle née au Mexique, en Amérique centrale ou en Amérique du Sud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Avez-vous le SIDA ou avez-vous déjà eu un résultat positif à un test de dépistage du virus du SIDA (VIH)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Avez-vous pris de la cocaïne au cours des 12 derniers mois?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Vous êtes-vous injecté des stéroïdes illicites au cours des 12 derniers mois?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Depuis 1977, avez-vous accepté de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Pour les hommes : Depuis 1977, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme, même une seule fois?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Vous êtes-vous, même une seule fois, injecté des drogues illicites?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Avez-vous déjà reçu des facteurs de coagulation pour un trouble de la coagulation comme l'hémophilie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. 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 virus du SIDA (VIH)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Pour les 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"/>	
24. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui s'est déjà injecté des drogues ou des stéroïdes illicites?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. 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"/>	
26. 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"/>	
27. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui a reçu des facteurs de coagulation?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. 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"/>	
29. 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"/>	
30. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec quelqu'un dont vous ne connaissiez pas le passé sexuel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. a) Êtes-vous né(e) ou avez-vous habité en Afrique entre 1977 et aujourd'hui?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Depuis 1977, avez-vous reçu une transfusion ou des produits sanguins en Afrique?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui est née ou a habité en Afrique entre 1977 et aujourd'hui?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

J'ai répondu à toutes les questions avec sincérité. Je comprends que toute fausse déclaration est un acte grave de conséquence qui pourrait faire du tort à autrui. Je comprends les renseignements qui m'ont été fournis au sujet de la technique de prélèvement et des complications ou effets secondaires qui pourraient survenir lors de mon don de sang total ou de mon don automatisé. J'ai lu et je comprends l'information expliquant comment le VIH (virus du SIDA) peut être transmis par le sang ou le plasma. J'accepte de ne pas faire de don s'il y a un risque que ces composants puissent transmettre le VIH. Je consens à ce que mon sang soit soumis à des tests de dépistage du VIH, d'hépatites et d'autres maladies infectieuses. Je comprends que tout résultat positif me sera communiqué. Je consens à donner du sang et à ce que la Société canadienne du sang l'utilise à toutes fins utiles. J'accepte d'appeler la Société canadienne du sang si, après mon don, j'estime pour une raison ou une autre que mon sang ne devrait pas être utilisé.

Signature du donneur : _____

Date : _____

À l'usage exclusif du personnel

Donneur accepté : Oui Non

Signature de l'infirmière autorisée ou du remplaçant : _____