

## DOCUMENT DE PRÉPARATION À L'ENTRETIEN PRÉALABLE AU DON DE SANG

Merci de répondre avec sincérité à ce questionnaire : toutes les questions qui vous sont posées sont motivées par un enjeu de sécurité, la vôtre comme celle des patients qui recevront votre sang. Prenez le temps nécessaire pour le compléter avec soin. Si vous avez le moindre doute sur une réponse, cochez la case « Je ne sais pas ». L'ensemble des questions sera abordé avec le médecin ou l'infirmier(e) spécialement habilité(e) à mener l'entretien préalable au don qui est la prochaine étape de votre parcours. Ce questionnaire, qui servira de fil conducteur à l'entretien, sera détruit après votre don. Les informations recueillies pendant l'entretien sont confidentielles et soumises au secret professionnel.

### À l'issue de cet entretien :

- Si vous pouvez donner votre sang, il vous sera demandé de signer un consentement au prélèvement : n'hésitez pas à poser, au préalable, toutes les questions que vous souhaitez. Sachez aussi que, tout au long du parcours, vous pourrez poser des questions, voire demander à interrompre votre don sans aucune justification.
- Si vous ne pouvez pas donner votre sang, les raisons vous en seront expliquées. Une date à laquelle vous pourrez revenir vous sera éventuellement proposée.

**UN GRAND MERCI POUR LE TEMPS  
QUE VOUS CONSACREZ AU DON,  
ACTE SOLIDAIRE, UTILE  
ET IRREMPLAÇABLE.**



### Remplir par le donneur :

Lieu du don de sang : .....  
☐ Madame      ☐ Monsieur  
Nom & prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Lieu Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
N° postal : .....  
Profession : .....  
Téléphone : .....  
Email : .....

### A compléter par le médecin :

N° de donneur : .....  
Poids : .....  
Taille : .....  
Tension : .....  
Diabète : .....  
Type de don : .....

## Questionnaire médical Important :

**NB :** Le questionnaire est à remplir uniquement le jour du don de sang.

	Oui	Non
1. Avez-vous déjà donné de votre sang ? Si oui, quand pour la dernière fois ? _____ Où _____		
2. Etes-vous actuellement en bonne santé ?		
3. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire ?		
4. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu des soins médicaux ou présenté une fièvre supérieure à 38° ?		
5. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments, même en l'absence de prescription médicale (p.ex. comprimés, injections ou suppositoires) ? Lesquels _____		
6. Avez-vous subi une endoscopie (arthroscopie, gastroscopie, coloscopie...) dans les 4 derniers mois ?		
7. Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivantes ? Affection cardiaque/circulatoire ou pulmonaire (p.ex. problème de pression artérielle, infarctus, problèmes respiratoires, perte de conscience) ?		
8. Avez-vous été vaccinée il y a moins d'un mois ?		
9. Avez-vous fait un tatouage ?		
10. Avez-vous déjà consommé de la drogue ?		
11. Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire, des crises d'épilepsie, des convulsions (en dehors de l'enfance), des syncopes répétées ?		
12. Avez-vous une maladie qui nécessite un suivi médical régulier ? Si oui, laquelle ? _____		
13. Avez-vous déjà été opéré(e) ou hospitalisé(e) ?		
<b>A remplir seulement par les femmes :</b> 14. Êtes-vous actuellement enceinte ou l'avez-vous été dans les 6 derniers mois ? Précisez le nombre de grossesses que vous avez eues au cours de votre vie : _____		

A compléter par le médecin :

Remarque Anamnèse par médecin :

---

---

---

---

---

Aptitude au don : ☐ Oui  
☐ Non

Date : \_\_\_\_\_