



## Document de préparation à l'entretien médical préalable au don de sang

**La sécurité des malades dépend de l'exactitude de vos réponses**

**N'offrez jamais votre sang dans le but d'obtenir un test de dépistage.  
Le médecin peut vous orienter vers un centre de dépistage.**

### Questionnaire

Les informations recueillies sont confidentielles et soumises au secret médical. Ce questionnaire sera détruit après votre don. Les réponses aux questions posées dans ce questionnaire sont obligatoires. Toutefois, si vous hésitez sur la réponse à apporter, passez à la question suivante et signalez l'existence de cette difficulté au médecin.

Vous sentez-vous en forme pour donner votre sang ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous ou votre partenaire, êtes-vous porteur du virus du Sida ou Hépatite B ou Hépatite C ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il une personne souffrant d'Hépatite B dans votre entourage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà utilisé des drogues (injectables ou tout autre voie d'administration) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un membre de votre famille est-il atteint de maladie rare comme Creutzfeldt-Jacob ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Dans votre vie, avez-vous eu :</b>		
Une maladie nécessitant un suivi médical régulier ? Si oui laquelle ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une hospitalisation ou une opération ? Pourquoi ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un cancer ou une maladie maligne (y compris mélanome, lymphome, leucémie, ..) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une transfusion sanguine (avoir <u>reçu</u> une (des) poche(s) de sang, de plasma...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une greffe de tissus d'un autre donneur (cornée, tympan, dure mère, os...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un traitement par hormone de croissance avant 1989 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un traitement il y a moins de 2 ans pour un psoriasis, par du Soriatane®?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une consultation avec un cardiologue ? Pour quelle raison ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un accident vasculaire cérébral (AVC), des crises d'épilepsie, convulsions, malaises ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une crise de tétanie ou de spasmodophilie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une maladie du sang ou de la coagulation, une tendance anormale aux saignements ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une anémie, un manque de globule rouge ou de fer, des saignements fréquents ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une allergie grave, de l'asthme sévère ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une crise de paludisme (Malaria), la Maladie de Chagas ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Risques liés aux voyages :</b>		
Avez-vous voyagé au moins une fois dans votre vie hors de Polynésie française ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous voyagé hors de Polynésie française dans le dernier mois ? Où ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous voyagé hors de Polynésie française dans les 4 derniers mois ? Où ?.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous voyagé en Afrique ou en Asie ou en Amérique latine dans les 3 dernières années ? Où ?.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous ou votre mère êtes né(e) hors de Polynésie française, signalez-le au médecin.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous séjourné (plus d'un an cumulé) au Royaume-Uni entre 1980 et 1996 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<b>Dans les 4 derniers mois, avez-vous eu :</b>		
Une consultation avec un médecin ? Pourquoi ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une prise de(s) médicament(s) ? Si oui, indiquez-le(s) : .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une anesthésie générale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un contact avec une personne ayant une maladie infectieuse ou contagieuse ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une gastro-entérite ou des troubles digestifs avec de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une infection urinaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une ou des hémorragies mêmes minimes (nez, hémorroïdes, règles abondantes...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une plaie cutanée importante (ulcère variqueux, plaie infectée...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une endoscopie (fibroscopie, gastroscopie, coloscopie...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des infiltrations, sclérose de varices, auriculothérapie, acupuncture, mésothérapie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un contact avec du sang humain par piqûre, plaie, projection ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un tatouage ou piercing (y compris boucles d'oreilles) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un vaccin durant le dernier mois ? Quel vaccin ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Dans les 2 dernières semaines, avez-vous eu :</b>		
Une allergie, ou une injection de désensibilisation pour allergie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
De la fièvre (> 38°C), un problème infectieux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
A prendre des médicaments ? Des antibiotiques ? Si oui, indiquez-les : .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des soins chez un dentiste ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Pour les femmes :</b>		
Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous accouché ou eu une fausse couche ou eu une interruption de grossesse depuis moins de 6 mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Risques liés aux infections sexuellement transmissibles</b>		
<b>Dans les 4 derniers mois :</b>		
Avez-vous eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu une relation sexuelle avec un(e) partenaire occasionnel(le) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
A votre connaissance, votre partenaire a-t-il (elle) eu un (une) autre partenaire sexuel ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu une IST (Chlamydia, Gonocoque, Syphilis, Herpes génital, ...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
A votre connaissance, votre partenaire a-t-il (elle) eu une IST ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Dans les 12 derniers mois :</b>		
Avez-vous eu un rapport sexuel en échange d'argent (ou de drogue) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous êtes un homme, avez-vous eu un rapport sexuel avec un autre homme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous êtes une femme, avez-vous eu un rapport sexuel avec un homme ayant eu un rapport sexuel avec un autre homme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu un rapport sexuel avec un(e) partenaire qui, à votre connaissance, est infecté(e) par le VIH, le VHC, le VHB ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu un rapport sexuel avec un(e) partenaire qui, à votre connaissance, a utilisé des drogues injectables ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu un rapport sexuel avec un(e) partenaire qui, à votre connaissance, a eu un rapport sexuel en échange d'argent ou de drogue ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

En application de dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés telle que modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que les informations vous concernant, collectées tant à l'occasion de l'entretien pré-don que du don du sang lui-même, sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement informatique par le Centre de Transfusion Sanguine. Ce traitement est destiné à permettre la gestion des donneurs et receveurs de sang. Vous disposez d'un droit d'accès, et, le cas échéant, de rectification et de suppression, aux informations vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données vous concernant.

Pour exercer ces droits, il suffit de s'adresser au directeur de l'établissement de transfusion sanguine.

Toutes les mesures nécessaires sont prises pour assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles concernant le donneur, fournies et collectées par nos services lors de l'entretien pré-don et du don, afin d'empêcher la divulgation non autorisée de l'identité du donneur, des informations relatives à sa santé et des résultats des examens pratiqués.