

ENGAGEMENT VOLONTAIRE INITIAL

Donneur de moelle osseuse

Je suis volontaire pour être donneur de moelle osseuse en faveur d'un(e) malade qui ne m'est pas apparenté(e) et qui n'a pas de donneur dans sa famille, où qu'il se trouve dans le monde. Je suis âgé(e) de 18 à 50 ans.

J'accepte de me soumettre à une prise de sang, en vue de la détermination de mon groupage tissulaire. Je serai alors inscrit(e) sur le Registre National de donneurs de moelle "France Greffe de Moelle". Un prélèvement biologique sera conservé (congélation) dans un but scientifique, lié au don que je suis susceptible d'effectuer.

A ma demande, j'obtiendrai tous les renseignements contenus dans mon dossier.

J'ai pris connaissance que :

- Ce don est volontaire, anonyme et bénévole ;
- Le prélèvement sera selon la demande du médecin greffeur et avec mon accord :
 - soit un **prélèvement de moelle** qui se fera sous anesthésie générale, laquelle sera décidée par l'anesthésiste de l'Hôpital assurant le prélèvement ;
 - Je serai hospitalisé(e) 48 heures et aurai, s'il y a lieu, une période d'arrêt de travail déterminée par le corps médical ;
 - soit un **prélèvement de cellules souches périphériques** qui se fera après injections d'un médicament appelé facteur de croissance prescrit par un médecin hématologiste ;
 - Le prélèvement se fera dans un Centre de cytophérèse, par leucaphérèse, laquelle sera décidée par l'hémobiologiste du Centre ;
- Les frais, inhérents à l'organisation de ces prélèvements, seront pris en charge par l'Hôpital Greffeur ;
- Je ne chercherai jamais à connaître le patient qui aura reçu ma moelle ;
- Je pourrai, exceptionnellement, être sollicité(e) dans un avenir plus ou moins proche, pour un second don de moelle ou de cellules sanguines périphériques, pour le bénéfice du même patient ;
- Je dois signaler tout changement d'adresse ou d'état civil.

Je m'engage donc à devenir :

- donneur de moelle osseuse et de cellules souches périphériques,
 donneur de moelle osseuse exclusivement,

et à le rester, si possible, jusqu'à l'âge de 60 ans. Je sais que cet engagement reste révocable à tout moment.

A

le

DONNEUR

MEDECIN AYANT INFORME LE DONNEUR

Signature :

Nom :

Signature :

Renseignements à fournir (en caractères d'imprimerie)

Nom :

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Adresse : _____

e-mail : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Tél personnel : _____ Tél professionnel : _____

2^{ème} adresse (parents, amis...) :

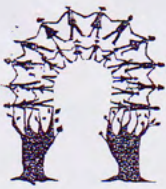
Nom :

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Tél : _____



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

Nom :	
Nom jeune fille :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse complète :	
Tél. domicile :	Tél. portable :
Adresse email :	

TAILLE :

POIDS :

- Etes-vous déjà donneur de sang ? Oui Non
Si non, s'agit-il d'une raison médicale ? Oui Non
- Avez-vous une maladie nécessitant un suivi médical régulier ? Oui Non
- Avez-vous l'habitude de prendre des médicaments ? Oui Non
Si oui, lesquels ?
Pour quelles raisons ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou opéré ? Oui Non
Si oui, précisez la date et le motif de l'hospitalisation ?
En gardez-vous une gêne ? Oui Non
- Avez-vous eu une hépatite virale et/ou une jaunisse ? Oui Non
- Avez-vous déjà eu une crise de paludisme ? Oui Non
- Avez-vous séjourné plus d'un an cumulé dans les îles britanniques entre 1980 et 1996 ? Oui Non
- Etes-vous ou avez-vous été traité pour une maladie de cœur ou des vaisseaux sanguins ? (Embolie, varices, phlébite...) Oui Non
Si oui, laquelle ?
- Etes-vous ou avez-vous été traité pour une tension artérielle élevée ? Oui Non

Nous vous remercions pour le soin et les précisions que vous apporterez à ce questionnaire

Registre France Greffe de Moelle/QMPC/07.07

A RENVOYER - DR C. RICARD - CENTRE DES DONNEURS VOLONTAIRES DE MOELLE OSSEUSE
CHU FELIX GUYON - 97405 ST-DENIS CEDEX - FAX: 0262 90 68 69/ 00262.90.63.08 - TEL : 0262.90.68.68
E-mail : reuniondondemoelle@chu-reunion.fr

- Avez-vous eu des crises d'épilepsie ? Oui Non
- Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ? Oui Non
Si oui, à quelle fréquence ?
Quel traitement ?
- Avez-vous déjà fait une réaction allergique sévère, œdème de Quincke, urticaire géant ou un choc anaphylactique ? Oui Non
- Etes-vous traité pour dépression nerveuse ? Oui Non
Si oui, précisez le traitement ?
- Etes-vous diabétique ? Oui Non
- Souffrez-vous d'une maladie de la thyroïde ? Oui Non
Si oui, laquelle ?
- Etes-vous, ou avez-vous été traité pour reflux gastrique ? Oui Non
- Etes-vous ou avez-vous été traité pour anémie ? Oui Non
- Avez-vous été traité pour une autre maladie du sang ? Oui Non
Si oui, laquelle ?
- Y a-t-il des troubles de la coagulation dans votre famille ? Oui Non
Si oui, en êtes-vous atteint ? Oui Non
Précisez quel type.
- Avez-vous déjà eu un lumbago ou une sciatique ? Oui Non
- Avez-vous déjà eu une hernie discale ? Oui Non
- Avez-vous été traité pour une maladie grave ? Oui Non
Si oui, laquelle ?
- Etes-vous enceinte ou avez-vous accouché depuis moins de six mois ? Oui Non
Si oui, date de l'accouchement :
- Avez-vous des questions ou des remarques ? Oui Non
Si oui, précisez :

Fait à _____, le _____

Signature :

Nous vous remercions pour le soin et les précisions que vous apporterez à ce questionnaire

Registre France Greffe de Moelle/QMPC/07.07

A RENVoyer – DR C. RICARD – CENTRE DES DONNEURS VOLONTAIRES DE MOELLE OSSEUSE
CHU FELIX GUYON - 97405 ST-DENIS CEDEX – FAX: 0262 90 68 69 / 0262.90.63.08 – TEL: 0262.90.68.68
E-mail : reuniondondemoelle@chu-reunion.fr