CTS/PTS DE ……………………………………………………………… ……………………………

**Entretien Pré-Don et Evaluation Physique du donneur**

Révision: Mai 2020 Indice 1 / Version 5

**Informations**

Le Service National de Transfusion Sanguine (SNST) vous souhaite la bienvenue.

Nous vous remercions d’ores et déjà pour ce geste de solidarité et de générosité qui va contribuer à sauver de nombreuses vies. Il vous est demandé de répondre à plusieurs questions au sujet de votre santé, mais aussi de votre mode de vie ou de vos voyages, afin de nous aider à évaluer si vous pouvez donner votre sang. Chacune des questions posées est importante, pour votre propre santé et pour celle des personnes qui recevront votre sang. La sécurité des malades dépend de l’exactitude de vos réponses.

Merci de prendre le temps de remplir correctement le questionnaire dans sa totalité, car les réponses aux questions posées dans ce questionnaire sont obligatoires. La sincérité de vos réponses est essentielle pour garantir la sécurité transfusionnelle. Soyez assurés que les informations recueillies seront traitées en toute confidentialité. Le personnel technique chargé de la collecte est prêt à vous aider au besoin, à répondre aux questions. N’hésitez pas à le contacter.

Vous avez la possibilité de renoncer au don avant le début de celui-ci et la possibilité d’interrompre votre don à tout moment sans hésitation ni embarras.

|  |
| --- |
| **NB : N’offrez jamais votre sang dans le but d’obtenir un test de dépistage. Le personnel technique**  **peut vous indiquer où vous adresser pour cela.** |

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

|  |  |
| --- | --- |
| **No Dossier:** | **Date : / /** |
| **Nom:** | **Heure d’arrivée** |
| **Prénom(s):** | **(No Nif/ CIN/ Passeport:** |
| **Surnom dans la zone de résidence:** | **Sexe:** |
| **Lieu de naissance:** | **Profession:** |
| **Date de naissance (jj/mm/année):** | **Age:** |
| **Téléphone (1):** | **Email:** |
| **Téléphone (2):** |  |
| **Adresse:** | |

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUESTIONS** | **OUI** | **NON** |
| 1-Vous sentez-vous bien aujourd’hui? |  |  |
| 2. Avez-vous déjà mangé? |  |  |
| 3. Avez-vous déjà donné du sang ?  Si oui, date du dernier don :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu du don :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 4. Avez-vous une maladie qui nécessite un suivi médical régulier ?  Si oui, laquelle ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 5. Avez-vous eu la fièvre ou un problème infectieux au cours des 15 derniers jours ? |  |  |
| 6. Prenez-vous des médicaments (antibiotiques, aspirine ou autres) actuellement même ceux que vous prenez tous les jours?  Lesquels? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 7. Avez-vous été diagnostiqué d’anémie falciforme ou traité pour anémie au cours des trois derniers mois? |  |  |
| 8. Etes-vous diabétique sous insuline? |  |  |
| 9. Etes-vous asthmatique ?  Si oui, date de la dernière crise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 10. Avez-vous eu des crises épileptiques, des convulsions? |  |  |
| 11. Avez-vous une maladie cardio-vasculaire (angine de poitrine, infarctus du myocarde, trouble du rythme, valvulopathies ou angine, artérite) |  |  |
| 12. Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral (stroke)? |  |  |
| 13. Avez-vous été traité pour la tuberculose?  Si oui depuis combien de temps \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **QUESTIONS** | **OUI** | **NON** |
| 14. Avez-vous eu le zona? Si oui depuis combien de temps ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 15. Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou une endoscopie ?  Si oui, depuis combien de temps ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 16. Avez-vous eu une plaie ou lésion cutanée importante au cours des 15 derniers jours ? |  |  |
| 17. Avez-vous déjà été traité pour une infection sexuellement transmissible (syphilis,  VIH par exemple) ? Avez-vous eu récemment des brulures mictionnelles ?  Il y a combien de temps \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 18. Avez-vous eu la malaria diagnostiquée par un médecin ou un laboratoire ?  Il y a combien de temps ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 19. Avez-vous eu l’hépatite B, l’hépatite C ou une infection à HTLV?  Il y a combien de temps?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 20. Avez-vous bénéficié d’un dépistage du VIH?  Quel a été le résultat ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 21. Avez-vous eu des rapports sexuels avec une personne qui a eu l’hépatite B ou C? |  |  |
| 22. Avez-vous eu un tatouage ou un piercing durant les 12 derniers mois? |  |  |
| 23. Avez-vous déjà reçu du sang ?  Si oui quand ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 24. Avez-vous eu durant les 12 derniers mois un accident d’exposition au sang? |  |  |
| 25. Donnez-vous du sang aujourd’hui dans le but unique de bénéficier un test de VIH? |  |  |
| 26. Avez-vous ? ° La grippe  ° La fièvre  ° Des troubles digestifs depuis 2 semaines  ° Perte de poids inexpliquée  ° Une crise d’allergie récente |  |  |
| 27. Avez-vous reçu un vaccin durant ces quatre (4) dernières semaines (polio, oreillons, rougeole, rubéole, BCG, cholera, hépatite A)  le(s)quel(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 28. Avez-vous reçu des soins dentaires au cours des 7 derniers jours? |  |  |
| 29. Avez-vous déjà utilisé des drogues par voie intraveineuse? |  |  |
| 30. Quel est le nombre de partenaires que vous avez eu durant ces 6 derniers mois? \_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 31. Utilisez-vous toujours des préservatifs ? |  |  |
| 32. Avez-vous eu des rapports sexuels avec des prostitués ? |  |  |
| 33. Avez-vous changé de partenaire sexuel ou avez-vous eu un partenaire occasionnel au cours des 6 derniers mois? |  |  |
| 34. Avez-vous voyagé à l’étranger durant les 3 derniers mois?  Si oui, dans quel(s) pays? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **QUESTIONS** | **OUI** | **NON** |
| **Exclusivement pour les femmes** |
| 35. Etes-vous enceinte ou avez-vous été enceinte durant les 6 derniers mois ? |  |  |
| 36. Allaitez-vous ? |  |  |
| 37. Avez-vous vos menstruations? |  |  |
| 38. Avez-vous déjà eu un rapport sexuel avec un homme qui a eu un contact sexuel avec un autre homme ? |  |  |
| **Exclusivement pour les hommes** |
| 39. Avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre homme ? |  |  |

**J’atteste, par la présente, que les informations fournies sont vraies.**

Signature du donneur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Evaluation Physique**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contrôle** | | | | |
| **Critères** | **Valeurs** | **Critères** | **Valeurs** | |
| **Poids:** |  | **TA** |  | |
| **Pouls:** |  | **Hémoglobine**  **ou test au CuSo4** |  | |
| * **Normal** | * **Anormal** |
| **Température:** |  | **Groupe sanguin** |  | |

**Conclusion**

* Prélèvement effectué : Oui Non
* Don refusé: Définitif Temporaire

Durée du prélèvement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Heure du départ de la salle de prélèvement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du personnel technique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_