



Centre de Don du Sang  
Nouvelle-Calédonie

Service de Transfusion sanguine



CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL  
GASTON-BOURRET  
NOUVELLE-CALÉDONIE

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

### PARTIE ADMINISTRATIVE

Nom de naissance :

Prénoms :

Nom marital :

Civilité :  Mme  Mlle  M.

Date de naissance :

Sexe :  F  M

Adresse postale :

Boîte postale :

Code postal :

Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Mail :

Profession exercée et employeur (facultatif) :

*Si c'est votre premier don, vous devez présenter une pièce d'identité.*

### PARTIE INFORMATION MÉDICALE

Avant le don, un médecin s'assure que vous pouvez donner votre sang sans danger pour vous, ni pour les malades qui recevront les produits issus de votre don. Il vous interroge sur votre état de santé, vos antécédents médicaux, vos voyages et votre mode de vie. Le médecin vous donnera les explications nécessaires en cas de contre-indications ainsi que la durée de cette contre-indication. Afin de préparer cet entretien avec le médecin, merci de bien vouloir remplir le questionnaire médical ci-après.

Les informations recueillies sont confidentielles et soumises au secret médical.

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 gêne ni embarras.

▶▶▶ **La sécurité  
des malades dépend  
de la sincérité et  
de l'exactitude  
de vos réponses.**

Tél. 055 100 [appel gratuit]

[contact@dondusang.nc](mailto:contact@dondusang.nc)

[www.dondusang.nc](http://www.dondusang.nc)

 Centre de Don du Sang NC

## QUESTIONNAIRE

### **Ne donnez jamais votre sang dans le but d'obtenir un test de dépistage !**

Le médecin peut vous indiquer où vous adresser pour cela.

Si vous hésitez sur une question, passez à la suivante et signalez-le au médecin.

- Vous sentez-vous en forme pour donner votre sang ? .....  Oui  Non
- Faites-vous l'objet d'une mesure de protection légale (tutelle, curatelle) ? .....  Oui  Non
- Êtes-vous en arrêt de travail ? .....  Oui  Non
- Pensez-vous avoir besoin d'un test de dépistage viral ? .....  Oui  Non
- Êtes-vous porteur du virus du Sida ou de l'hépatite B ou de l'hépatite C ? .....  Oui  Non
- Y a-t-il une personne souffrant d'hépatite B dans votre entourage ? .....  Oui  Non
- Avez-vous déjà utilisé des drogues ou des produits dopants par voie intraveineuse ? ..  Oui  Non
- Quel est votre poids aujourd'hui ? ..... kg

### **Avez-vous dans votre vie :**

Ce paragraphe est à remplir si vous donnez votre sang pour la première fois en Nouvelle-Calédonie

- Eu une maladie nécessitant un suivi médical régulier ? .....  Oui  Non
- Été hospitalisé(e) ? .....  Oui  Non
- Reçu des produits sanguins (transfusion sanguine ou médicaments dérivés du sang) ? .....  Oui  Non
- Reçu une greffe de tissus d'un autre donneur (cornée, tympan, dure-mère, os...) ? .....  Oui  Non
- Reçu un traitement par hormone de croissance ? .....  Oui  Non
- Été traité(e) depuis deux ans, pour un psoriasis, par du Soriatane ? .....  Oui  Non
- Eu une maladie cardio-vasculaire (maladie valvulaire, trouble du rythme, angine de poitrine, artérite, infarctus du myocarde...) ? .....  Oui  Non
- Eu un accident vasculaire cérébral, des crises d'épilepsie, des convulsions, des épisodes répétés de syncope ? .....  Oui  Non
- Eu des crises de tétanie ou de spasmodophilie ? .....  Oui  Non
- Eu une maladie du sang, une tendance anormale aux saignements ? .....  Oui  Non
- Eu une anémie, un manque de globules rouges ou de fer ? .....  Oui  Non
- Eu une allergie grave, de l'asthme ? .....  Oui  Non
- Eu une ou des crises de paludisme (malaria) ? .....  Oui  Non
- Eu un membre de votre famille atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ? .....  Oui  Non

### **Risques liés aux voyages. Avez-vous :**

- Voyagé dans votre vie en Amérique du Sud, en Amérique Centrale ou au Mexique ? ...  Oui  Non
  - Séjourné (plus d'un an cumulé) dans les îles britanniques entre 1980 et 1996 ? .....  Oui  Non
  - Séjourné, dans votre vie, au moins 3 mois consécutifs hors de la Nouvelle-Calédonie ? .....  Oui  Non
  - Voyagé depuis moins de 3 ans hors de la Nouvelle-Calédonie ? .....  Oui  Non
- Si oui, dans quels pays et à quelles dates ? .....

## QUESTIONNAIRE

Des analyses de sang à la recherche de maladies transmissibles sont réalisées sur chaque don. Cependant, il existe toujours un délai entre le début d'une infection et le moment où le résultat de l'analyse est positif. Pendant cette période, les tests de dépistage restent négatifs ; pourtant le virus est déjà présent dans le sang et, si le don a lieu, l'infection risque d'être transmise au malade lors de la transfusion.

### Dans les quatre derniers mois, avez-vous :

- Consulté un médecin ? .....  Oui  Non
- Pris des médicaments ? Si oui, indiquez-les au médecin .....  Oui  Non
- Été opéré(e) et/ou subi une anesthésie ? .....  Oui  Non
- Été en contact avec une personne ayant une maladie infectieuse ou contagieuse ? ....  Oui  Non
- Été vacciné(e) ? .....  Oui  Non
- Eu une gastro-entérite fébrile (diarrhée avec fièvre) ? .....  Oui  Non
- Eu une infection urinaire ? .....  Oui  Non
- Eu une plaie cutanée (ulcère variqueux, plaies infectées...) ? .....  Oui  Non
- Eu une endoscopie (fibroscopie, gastroscopie, coloscopie...) ? .....  Oui  Non  
Si oui, à quelle date ? .....
- Été traité(e) par infiltrations, auriculothérapie, acupuncture, mésothérapie ? .....  Oui  Non
- Été en contact avec du sang humain par piqûre, plaie, projection ? .....  Oui  Non
- Eu un tatouage, un maquillage permanent ou un piercing, y compris  
pour des boucles d'oreille ? .....  Oui  Non  
Si oui, à quelle date ? .....
- Changé de partenaire sexuel(le) ? .....  Oui  Non
- Eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) ? .....  Oui  Non
- Eu une relation sexuelle avec un(e) partenaire occasionnel(le) ? .....  Oui  Non
- Eu une maladie sexuellement transmissible? .....  Oui  Non
- Votre partenaire est-il(elle) ou a-t-il(elle) été dans l'une de ces quatre  
dernières situations ? .....  Oui  Non

### Depuis deux semaines, avez-vous :

- Fait une allergie, eu une injection de désensibilisation ? .....  Oui  Non
- Eu de la fièvre (>38°C), un problème infectieux, pris des antibiotiques ? .....  Oui  Non
- Eu des troubles digestifs ? .....  Oui  Non
- Pris des médicaments ? Si oui, lesquels ? .....  Oui  Non
- Eu des soins dentaires ? .....  Oui  Non
- Fumé du cannabis ? .....  Oui  Non

### Pour les hommes :

- Avez-vous déjà eu des relations sexuelles entre hommes ? .....  Oui  Non

### Pour les femmes :

- Êtes-vous enceinte ? .....  Oui  Non
- Avez-vous accouché ou eu une interruption de grossesse depuis moins de 6 mois ? ...  Oui  Non

## PARTIE À REMPLIR PAR LE DONNEUR

- J'ai lu et compris les informations qui m'ont été fournies,
- J'ai eu la possibilité de poser des questions,
- J'ai obtenu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées,
- Je donne mon consentement éclairé pour la suite du processus du don,
- J'affirme que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, exacts.
- J'accepte de recevoir des sms d'invitation pour les prochains dons.

Date : ..... Signature du donneur :

***Que vous puissiez ou non donner votre sang, merci d'avoir fait cette démarche !***

## PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉALISANT L'ENTRETIEN MÉDICAL

- L'entretien médical préalable au don a abordé l'ensemble des points nécessaires et permet de conclure à l'aptitude du candidat au don ? .....  Oui  Non
- Le donneur a donné son consentement et apposé sa signature ? .....  Oui  Non

Initiales et signature du médecin ayant réalisé l'entretien :

## PARTIE RÉSERVÉE AU SERVICE DE TRANSFUSION

TA	Pouls	Poids	AJST	ST	Volume
			Séro palu		Séro Chagas
ATCD			Hémocue		Bilan d'anémie
			Préleveuse		
			N° machine		Temps