

Numéro du document	IDT-00005 [10]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
PFN-00223	Gestion des donneurs sourds requérant un service d'interprète
PUB-00033	Liste des pays pour les nouveaux donneurs avec QMLS Web
PUB-00034	Countries list for new donors using online questionnaires
PFN-00916	Gestion des services interprètes en collectes mobiles ciblées
PUB-00088	Carte d'admissibilité
PUB-00089	Carte d'admissibilité (version anglaise)
IDT-00015	Signalement
SPE-00939	Consentement Français - ePROGESA
SPE-00951	Consentement Anglais - ePROGESA
PFN-00288	Prélèvement de dons autologues
IDT-00014	Équipements contrôlés utilisés en collecte mobile / centre fixe
PON-00002	PSL - Approvisionnement en dons et composants sanguins
IDT-00010	Prélèvement d'échantillons spécifiques sans don
IDT-00011	Programme destiné aux femme noire (FN) - Prise du taux d'hb à l'inscription
IDT-00012	Programme destiné aux femmes noires (FN) - Prise du taux d'hb à l'entrevue de sélection
IDT-00004	Inscription d'un donneur
PUB-00075	Carte de rendez-vous été - hiver (français)
PUB-00076	Carte de rendez-vous été - hiver (anglais)
PUB-00041	Don de sang - Ce qu'il faut savoir
PUB-00042	Blood donation what you need to know
PUB-00043	Don de Sang - Ce qu'il faut savoir
PUB-00044	What you need to know about giving blood
PUB-00045	Don de sang autologue : Ce qu'il faut savoir
PUB-00046	Autologous blood donation: what you need to know

IDT-00006	Entrevue de sélection - Interdictions / Particularités
IDT-00003	Ouverture d'une collecte mobile / centre fixe
IDT-00009	Gestion des effets indésirables reliés au don

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	29-04-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	25-04-2024
Assurance qualité	Jacinthe Durand	02-05-2024

TABLE DES MATIÈRES

Définitions	3
Mise en contexte	4
1 Accès au dossier donneur	4
1.1 Accès au dossier	4
1.2 QMLS complété sur le web	6
1.2.1 Particularité pour un nouveau donneur	7
2 Groupe 2 – Révision du QM	7
2.1 Révision du questionnaire médical Groupe 2	7
2.2 Questionnaire avec interdiction	8
3 Groupe 1 – Questionnaire technique et finalisation de la consultation médicale	9
3.1 Questionnaire médical - Groupe 1	9
3.2 Finalisation de l'entrevue de sélection	11
3.2.1 Consentement	11
3.2.2 Finalisation de la consultation médicale	11
4 Cas particuliers	12
4.1 Donneur trans, non binaire ou en processus de transition	12
4.2 Donneur analphabète/non-voyant	12
4.3 Donneur sourd et/ou muet sans interprète	13
4.4 Donneur sourd et/ou muet avec service d'interprétariat	13
4.5 Donneur avec service d'interprétariat (communauté culturelle)	13
4.6 Échantillons spécifiques sans don	13
4.7 Programme destiné aux femmes noires	14
4.8 Dons spéciaux (autologue et dirigé)	14
4.9 QM complété en cabine	14
4.10 Dossier bloqué	14
4.11 Modification au dossier (en collectes mobiles)	15
4.12 Correction du poids d'un jeune donneur qui a maintenant un VST acceptable pour effectuer un don	15

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

4.12.1	À l'inscription.....	16
4.12.2	Suppression de l'interdiction	17
4.12.3	Questionnaire médical	17
4.12.4	Modification du poids	19
4.13	Correction du poids d'un donneur sans interdiction.....	19
4.14	Correction du poids d'un donneur qui a maintenant un poids acceptable pour effectuer un don	20
4.14.1	Si l'hémoglobine est saisie à l'entrevue de sélection :	20
	Annexes.....	21
	ANNEXE 1 – Code de collecte et code d'initialisation	22
	ANNEXE 2 – Choix du dispositif de prélèvement.....	23
	ANNEXE 3 – Mesure du taux d'hémoglobine	24
	ANNEXE 4 – Tables de conversion poids/taille	28
	ANNEXE 5 – Prise des signes vitaux.....	30
	Liste des modifications	32

Procédure(s) opératoire(s) normalisée(s) (PON) de référence

Numéro du document	TITRE
PON-00002	Approvisionnement en dons et composants sanguins

Icônes et indicateurs :



Lorsqu'un avertissement doit être donné.

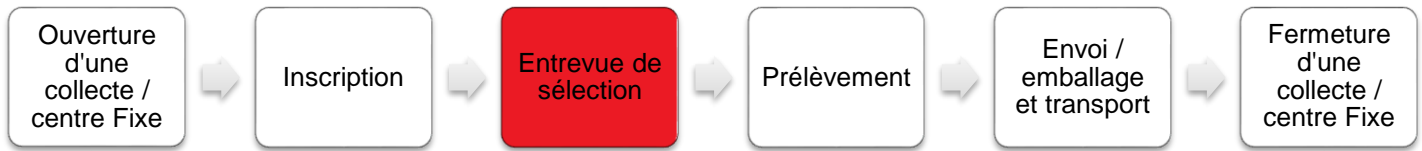


Information complémentaire visant à améliorer la compréhension.

Processus

PSL - Approvisionnement en dons et composants sanguins

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE SANG TOTAL	IDT-00005 [10]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 3 de 32



Matériel, équipement et logiciel

S/O

- > Hémoglobinomètre
- > Compresse non stériles
- > Gants (au besoin)
- > Tampons antiseptiques (alcool isopropylique 70%)
- > Ruban adhésif
- > Moniteur de signes vitaux
- > Microcuvette
- > Autopiqueur stérile à usage unique

Définitions

S/O

- > ANP : assistant numérique personnel
- > QM : Questionnaire médical
- > QMLS : Questionnaire médical libre-service
- > MCSD : Manuel de critère de sélection des donneurs

Mise en contexte

S/O



Au besoin, expliquer au donneur les étapes du processus. Lui transmettre les explications appropriées et répondre à ses questions.



Mettre fin au processus si le donneur ne peut comprendre une étape en raison d'une barrière linguistique ou d'un autre motif. Ajouter l'interdiction appropriée.

Le donneur peut retourner en tout temps en cabine afin de rectifier une information. Pour une information post-don consulter l'IDT-00006 *Entrevue de sélection - Interdiction / Particularités*.

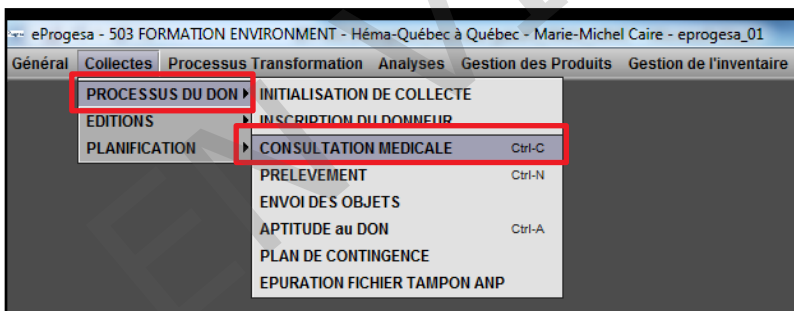
1 Accès au dossier donneur

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Accès au dossier	Personnel infirmier



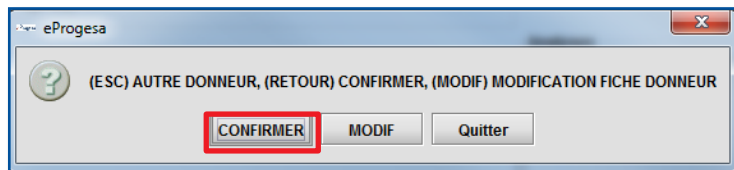
Le code d'initialisation de la collecte doit avoir été créé au préalable.

> Accéder à ePROGESA, au programme *Consultation médicale*.



- > Choisir l'option « Création ».
- > Sélectionner l'option « Pas d'imprimante de disponible ».
- > Saisir le code d'initialisation du site (voir Annexe 1).
- > Saisir avec le lecteur code à barres le numéro du donneur, à partir de sa carte de donneur Héma-Québec ou de l'étiquette d'identification du donneur.
 - ◆ Le dossier et la fenêtre suivante s'affichent :

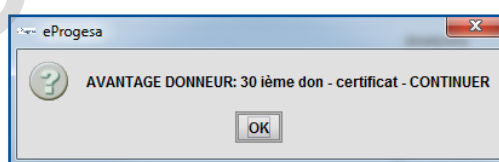
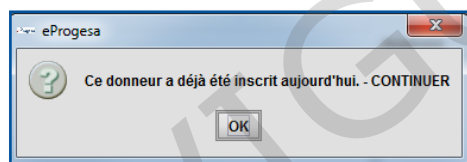
ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Accès au dossier	Personnel infirmier



- > Vérifier l'identité du donneur à l'aide de :
 - ◆ Nom, prénom.
 - ◆ Date de naissance.
 - ◆ Sexe.
- > Vérifier la photo au dossier, si présente.
- > Confirmer la vérification de l'identité en cliquant sur « Confirmer ».
 - ◆ Au besoin suivre le point 1.1.1 afin de corriger le nom/prénom seulement.

De l'information sous forme de messages peut apparaître.

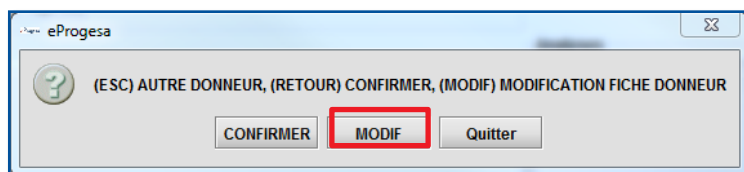
Lire celui-ci et cliquer sur « OK ». Exemple :





- > Confirmer que le type de prélèvement est approprié.
- > Dans le cas où le donneur a un questionnaire abrégé, confirmer le « Type de questionnaire médical ».
- > Passer au point 2.1 *Révision du questionnaire médical Groupe 2* ou au point 1.2 pour un donneur avec un QMLS complété sur le web.


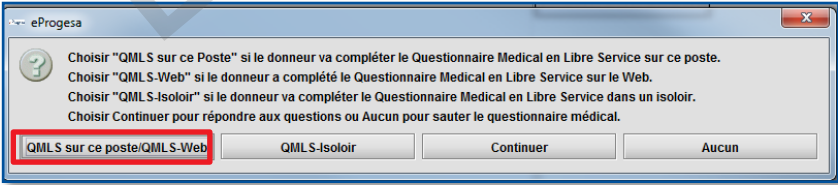
1.1.1 Vérification / modification du dossier donneur

- > Choisir l'option « MODIF ».

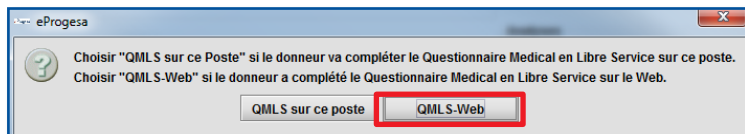



- ◆ Le programme bascule vers *Gestion du donneur*.

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Accès au dossier	Personnel infirmier
<p>> Confirmer qu'il s'agit bien du dossier du donneur.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Au besoin, effectuer les corrections nécessaires du nom/prénom. <hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>Pour les modifications de nom et prénom, seuls les changements mineurs concernant une erreur d'orthographe peuvent être effectués sans aviser le gestionnaire. Par exemple, il est possible de retirer les caractères spéciaux dans le nom et le prénom lorsqu'une preuve (pièce d'identité) est disponible.</p> <p>Il est aussi possible de modifier le nom de jeune fille lorsqu'une photo est présente au dossier du donneur, à l'aide des nouvelles informations présentes sur la pièce d'identité.</p> <p>Pour toute autre modification ou pour une modification du sexe, le changement doit être effectué avec une non-conformité. Aviser le gestionnaire ou son délégué.</p> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>Si le donneur n'a pas toutes ses données démographiques, ce dernier peut tout de même faire un don si des informations présentes au dossier nous permettent de le contacter.</p> </div> </div> <hr/> <p>> Une fois la vérification terminée et confirmée, choisir « Quitter ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Le programme bascule à nouveau en <i>Consultation médicale</i>. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.2 QMLS complété sur le web	Personnel infirmier
<hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>Le donneur peut se présenter avec le formulaire en version papier ou sur un outil portable (téléphone, tablette, etc.).</p> </div> </div> <hr/> <p>> À la fenêtre suivante, sélectionner « QMLS sur ce poste/QMLS Web ».</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 10px 0;">  </div> <hr/> <p>> Sélectionner le « QMLS-Web ».</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.2 QMLS complété sur le web	Personnel infirmier



- > Saisir avec le lecteur code à barres, le code-barres 2D sur le formulaire.
- > Vérifier si, suite à l'intégration, plusieurs questions s'affichent comme non répondues.
- > Cliquer sur ENREG puis vérifier le champ 
 - ◆ Si abrégé : modifie pour Régulier.
 - ◆ Si régulier : aucune correction possible.
- > Intégrer ensuite le QMLS web à nouveau.

1.2.1 Particularité pour un nouveau donneur

- > Demander au donneur de lire la PUB-00033 *Liste des pays pour les nouveaux donneurs avec QMLS Web* (version française) ou PUB-00034 *Countries list for new donors using online questionnaires* (version anglaise) et de vous aviser si :
 - ◆ Il a voyagé ou résidé de 1980 à 2007 dans l'un des pays dans cette liste.
 - ◆ Il a voyagé ou résidé 30 jours de suite ou plus en Amérique latine incluant le Mexique.
- > Lorsque la réponse du donneur est OUI : compléter la question correspondante dans le questionnaire.



Si le donneur a complété le mauvais QMLS web, les questions spécifiques à son type de don devront être complétées.

Si le donneur a complété son QMLS web et qu'il débute un QMLS sur le site de la collecte, seul le QMLS en collecte sera pris en compte par ePROGESA.

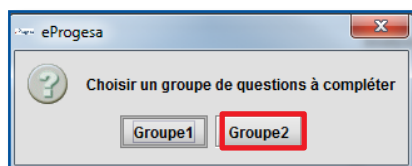
- > Passer au point 2.1 *Révision du questionnaire médical Groupe 2*.

2 Groupe 2 – Révision du QM

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.1 Révision du questionnaire médical Groupe 2	Personnel infirmier

- > Sélectionner le « Groupe 2 ».

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.1 Révision du questionnaire médical Groupe 2	Personnel infirmier



> Confirmer chacune des réponses du donneur pour les questions à révision obligatoire.

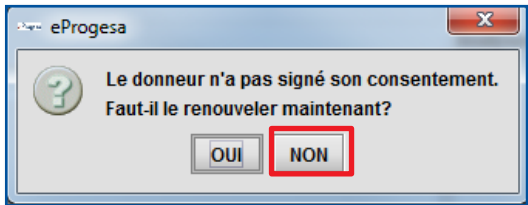




Le curseur se positionnera automatiquement dans le champ des questions à révision obligatoire. Au besoin, modifier la réponse.



- > Compléter avec le donneur toutes questions qui seraient non répondues.
 - ◆ La question « êtes-vous? » n'est pas obligatoire.
- > Vérifier les questions avec une réponse « OUI » (surlignées) et compléter les sous-questions associées.
 - ◆ Se référer au manuel des critères de sélection des donneurs (MCSD).
 - ◆ Documenter les réponses en fonction du MCSD.
 - ◆ Au besoin, consulter le dossier médical ou les interdictions via l'option « SUITE (F8) ».
 - ◆ Au besoin, consulter l'IDT-00006 *Entrevue de sélection - Interdictions / Particularités*.
- > Déterminer le choix du dispositif de prélèvement tout au long de la révision du questionnaire médical.
 - ◆ Consulter l'Annexe 2 au besoin.
 - ◆ S'assurer de réviser le questionnaire au complet pour déterminer le choix du dispositif.
- > Enregistrer les réponses à la fin de la révision du questionnaire.
 - ◆ La fenêtre des questions « Groupe 1 » s'ouvre automatiquement.
- > Passer au point 3.1 *Questionnaire médical groupe 1* si aucune question n'entraîne d'interdiction.






ÉTAPE	RESPONSABLE
2.2 Questionnaire avec interdiction	Personnel infirmier

- > Si une ou plusieurs réponses du QM entraînent une interdiction, cliquer sur « Enreg+Quitter (F11) ».
 - ◆ Appuyer sur ENTRÉE pour confirmer la date de début d'interdiction.
 - ◆ Appuyer sur ENTRÉE pour confirmer la date de fin d'interdiction.
- > Expliquer au donneur chacune des interdictions et les délais.
- > Confirmer la quantité à « -1 ml ».
- > Enregistrer la *Consultation médicale*.

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.2 Questionnaire avec interdiction	Personnel infirmier
<p>> Saisir non à la question ci-dessous puisque le donneur ne sera pas prélevé.</p> <div data-bbox="175 506 699 709" data-label="Image">  </div> <p>> Au besoin, consulter l'onglet <i>Interdiction (Alt+4)</i> afin d'expliquer les interdictions mises à son dossier.</p> <div data-bbox="134 802 1507 932" data-label="Image">  </div> <hr/> <div data-bbox="240 989 305 1052" data-label="Image">  </div> <p>La présence d'un « <-A » à droite de l'onglet <i>Interdiction</i> signifie qu'une ou plusieurs interdictions sont actives au dossier.</p>	

3 Groupe 1 – Questionnaire technique et finalisation de la consultation médicale

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.1 Questionnaire médical - Groupe 1	Personnel infirmier
<hr/> <div data-bbox="240 1478 305 1541" data-label="Image">  </div> <p>Selon le fonctionnement établi, il est possible d'effectuer la prise du taux d'hémoglobine ainsi que la saisie du poids et de la taille à l'inscription ou lors de l'entrevue de sélection.</p> <hr/> <p>> Si non effectué à l'inscription, procéder à la prise du taux d'hémoglobine (voir Annexe 3).</p> <p>> Saisir dans ePROGESA, la valeur d'hémoglobine affichée sur l'hémoglobinomètre.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Si le donneur est interdit selon les critères du MSCD, lui remettre les informations pertinentes. <hr/> <div data-bbox="240 1829 305 1892" data-label="Image">  </div> <p>Si le taux d'hémoglobine est hors norme, l'interdiction sera générée automatiquement par le système une fois le « Groupe 1 » enregistré.</p> <p>S'il s'agit d'une femme noire sur une collecte ciblée, consulter l'IDT-00011 <i>Programme femme noire (FN) - Prise du taux d'hb à l'inscription</i> ou l'IDT-00012</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
<p>3.1 Questionnaire médical - Groupe 1</p>	<p>Personnel infirmier</p>
<p><i>Programme femme noire (FN) - Prise du taux d'hb à l'entrevue en fonction du processus approprié.</i></p>	
<p>> Au besoin, saisir la taille (cm) et le poids (kg) du donneur.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Au besoin, faire la conversion au système métrique. (voir Annexe 4). 	
	<p>Une valeur reportée de la taille ou du poids peut être modifiée seulement une fois que le questionnaire médical est complété à l'entrevue de sélection.</p>
	<p>Si une de ces valeurs est modifiée, il faut obligatoirement saisir à nouveau le poids et la taille afin d'actualiser la valeur du VST déjà calculée.</p>
<p>> Prendre la température. (voir Annexe 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Saisir les résultats dans ePROGESA. <p>> Documenter s'il y a des traces d'injection de drogues sur les bras.</p> <p>> Vérifier aussi la présence de lésion de la peau ou autres conditions susceptibles de provoquer de la contamination.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Appliquer le critère selon le MCSD. 	
	<p>Un donneur ne doit pas être refusé pour un don s'il est impossible de vérifier l'un de ses bras (ex. plâtre, prothèse).</p>
<p>> Répondre à la question <i>HJ</i> « Modification du type de prélèvement ? ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Si le type de prélèvement est modifié, choisir le type de prélèvement dans la liste F1. <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que le donneur a lu la bonne documentation. - Compléter s'il y a lieu les questions qui se sont ajoutées suite à la modification. 	
	<p>La modification du type de prélèvement doit être effectuée SEULEMENT à la question <i>HJ</i> du questionnaire médical si applicable.</p>
	<p>Des réponses au questionnaire pourraient entraîner automatiquement la modification du type de prélèvement.</p>
<p>> Enregistrer le questionnaire médical.</p> <p>> Si des valeurs du <i>Groupe 1</i> entraînent une interdiction, passer au point 2.2 <i>Questionnaire avec interdiction</i>.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.2 Finalisation de l'entrevue de sélection	Personnel infirmier

3.2.1 Consentement

- > Faire lire le consentement au donneur.
 - ◆ Au besoin, lui remettre la version papier du consentement SPE-00939 *Consentement Français - ePROGESA* ou SPE-00951 *Consentement Anglais - ePROGESA*.
- > Activer le dispositif de signature.
- > Le donneur doit signer et confirmer sa signature sur le dispositif de signature.
 - ◆ Si le donneur ne peut signer le consentement, lui demander de faire un « X ».
- > Vérifier à l'écran la signature et l'accepter.



- ◆ Au besoin, reprendre la signature.

3.2.2 Finalisation de la consultation médicale

- > Documenter le type de dispositif au champ *TYPE de POCHE* (voir Annexe 2).
- > Confirmer le volume à prélever.
- > Enregistrer la consultation médicale.
- > Remettre au donneur le PUB-00075 *Carte de rendez-vous été - hiver (français)* ou PUB-00076 *Carte de rendez-vous été - hiver (anglais)* pour les dons de sang allogénique ou autologue.
 - ◆ Cette étape peut aussi être effectuée à la fin du prélèvement.
- > Informer le donneur d'appeler Héma-Québec s'il y a lieu selon les indications qui y sont mentionnées.



Une fois la consultation médicale complétée, toute modification au dossier doit être effectuée via l'option *Modification* du programme *Consultation médicale*.


MODIF (F6)

4 Cas particuliers



Pour toute particularité au dossier ou aide apportée au donneur, documenter la situation en ajoutant un commentaire au dossier ePROGESA du donneur.


L'utilisation d'un interprète est interdite à l'exception d'un don par un donneur sourd et/ou muet, d'être sur une collecte ciblée avec service d'interprétariat ou pour un don autologue. (voir le point approprié ci-dessous).

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.1 Donneur trans, non binaire ou en processus de transition	Personnel infirmier
<ul style="list-style-type: none"> > Si le donneur mentionne être trans, non binaire, ou en processus de transition, lui remettre le feuillet PUB-00105 <i>Personnes trans et non binaires : Ce que vous devez savoir. Information sur les risques liés au don de sang et les mesures de sécurité pour les prévenir</i> (version française) ou PUB-00106 <i>Trans and non-binary donors : What you should know</i> (version anglaise). > Avec l'accord du donneur, inscrire une note au dossier médical : « Donneur trans ou non binaire PUB-00105 ou PUB-00106 remis ». > Si le donneur a une carte d'admissibilité PUB-00088 <i>Carte d'admissibilité</i> (version française) ou PUB-00089 <i>Carte d'admissibilité</i> (version anglaise) : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le dossier médical pour obtenir les informations relatives à l'admissibilité et l'inscription du donneur. 	
<p style="text-align: center;">◆</p> <p style="text-align: center;">  Si un donneur connu a effectué des changements légaux depuis le dernier don (pièces identité modifiées) : Aviser le gestionnaire ou son délégué. Le changement doit être fait via une non-conformité, tel que décrit à la section 1.1. </p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.2 Donneur analphabète/non-voyant	Personnel infirmier
<ul style="list-style-type: none"> > Au besoin, le QM peut être complété avec un membre du personnel infirmier. > S'assurer que le dépliant approprié au type de don lui a été lu. > S'assurer de lire le consentement au donneur. > Ajouter un commentaire dans ePROGESA, afin de documenter que le consentement a bien été lu au donneur. 	

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE SANG TOTAL	IDT-00005 [10]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 13 de 32

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.3 Donneur sourd et/ou muet sans interprète	Personnel infirmier
<ul style="list-style-type: none"> > Les communications peuvent se faire par écrit. > Ajouter un commentaire dans ePROGESA, afin de documenter la situation. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.4 Donneur sourd et/ou muet avec service d'interprétariat	Personnel infirmier
<ul style="list-style-type: none"> > Confirmer que l'interprète n'est pas : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Un membre de la famille du donneur. ◆ Un ami du donneur. ◆ Un collègue de travail. > Ajouter un commentaire dans ePROGESA, afin de documenter le nom de l'interprète. > Lire le dépliant approprié au donneur. <ul style="list-style-type: none"> ◆ PUB-00041 Don de sang - Ce qu'il faut savoir (version française). ◆ PUB-00042 Blood donation What you need to know (version anglaise). > Faire l'entrevue de sélection selon la procédure habituelle. > Aviser le personnel que le don sera effectué en présence de l'interprète. <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>La personne responsable de la collecte est autorisée à signer les documents demandés par l'interprète confirmant qu'il y a eu service d'interprétariat.</p> </div> <hr/>	

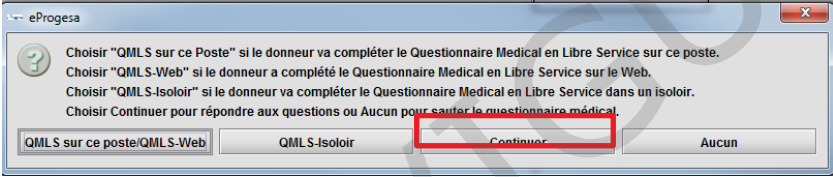
ÉTAPE	RESPONSABLE
4.5 Donneur avec service d'interprétariat (communauté culturelle)	Personnel infirmier
<ul style="list-style-type: none"> > Seul un interprète agréé peut accompagner le donneur. > Répondre au questionnaire médical (QMLS) à l'endroit prévu à cet effet. > Effectuer l'entrevue de sélection en présence de l'interprète agréé. 	


ÉTAPE	RESPONSABLE
4.6 Échantillons spécifiques sans don	Personnel infirmier
<ul style="list-style-type: none"> > Se référer à l'IDT-00010 <i>Prélèvement d'échantillons spécifiques sans don.</i> 	

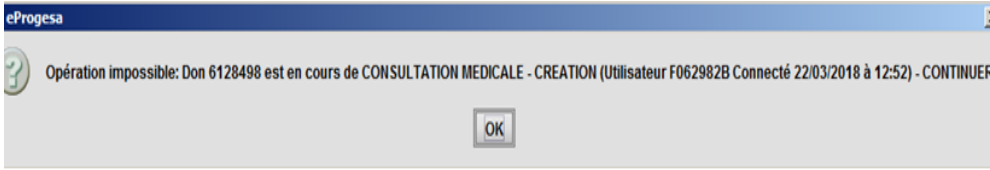
	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE SANG TOTAL	IDT-00005 [10]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 14 de 32

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.7 Programme destiné aux femmes noires	Personnel infirmier
<p>> Pour les collectes ciblées se référer à l'IDT-00011 <i>Programme destiné aux femmes noires (FN) - Prise du taux d'hb à l'inscription</i> et IDT-00012 <i>Programme destiné aux femmes noires (FN) - Prise du taux d'hb à l'entrevue.</i></p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.8 Dons spéciaux (autologue et dirigé)	Personnel infirmier
<p>> Pour les dons spéciaux, se référer aux PFN-00286 <i>Prélèvement de dons dirigés</i> et PFN-00288 <i>Prélèvement de dons autologues.</i></p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.9 QM complété en cabine	Personnel infirmier
<p>> Accéder au dossier selon le point 1.1 <i>Accès au dossier.</i></p> <p>> À la fenêtre suivante, sélectionner « Continuer » pour un donneur sans QMLS web.</p>	
	
<p>> Sélectionner le « Groupe 2 ».</p> <p>> Poser verbalement les questions au donneur et documenter ses réponses selon le point 2.1 <i>Révision du questionnaire médical Groupe 2.</i></p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.10 Dossier bloqué	Personnel infirmier
<p> Si deux utilisateurs sont en même temps dans le programme « consultation médicale » pour un même numéro de donneur ou que le délai d'inactivité (timeout) est atteint alors qu'un dossier est en cours à l'écran, le message suivant apparaît :</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.10 Dossier bloqué	Personnel infirmier
	
<ul style="list-style-type: none"> > Aviser le superviseur ou la personne responsable qui doit : <ul style="list-style-type: none"> ◆ À l'aide de l'identifiant, aller voir l'utilisateur # 1 qui bloque le don pour qu'il enregistre ou quitte le dossier afin de permettre de poursuivre le processus. > En dernier recours (utilisateur qui bloque le dossier est injoignable), prendre en note le numéro de don temporaire. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Débloquer le dossier (programme déblocages des poches). <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;"> <p>L'utilisateur # 1 ne doit pas enregistrer le dossier si des modifications ont eu lieu avant son retour, sinon toutes les questions obligatoires du groupe 1 non répondues pourraient être manquantes et le don ne pourra s'étiqueter.</p> </div>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.11 Modification au dossier (en collectes mobiles)	Personnel infirmier
<ul style="list-style-type: none"> > Pour une modification qui doit être effectuée dans ePROGESA, autre qu'une information post-don et/ou signalement s'assurer qu'aucune clé USB ne soit effectuée durant l'intervalle de la modification. > Si le message suivant apparaît: « Ce don a déjà été transféré vers le serveur! Voulez-vous le modifier? ». <ul style="list-style-type: none"> ◆ Documenter une NC ou une tâche supplémentaire dans celle déjà initiée afin d'indiquer les modifications à apporter. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.12 Correction du poids d'un jeune donneur qui a maintenant un VST acceptable pour effectuer un don	Personnel infirmier
MISE EN CONTEXTE	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.12 Correction du poids d'un jeune donneur qui a maintenant un VST acceptable pour effectuer un don	Personnel infirmier



POIDS

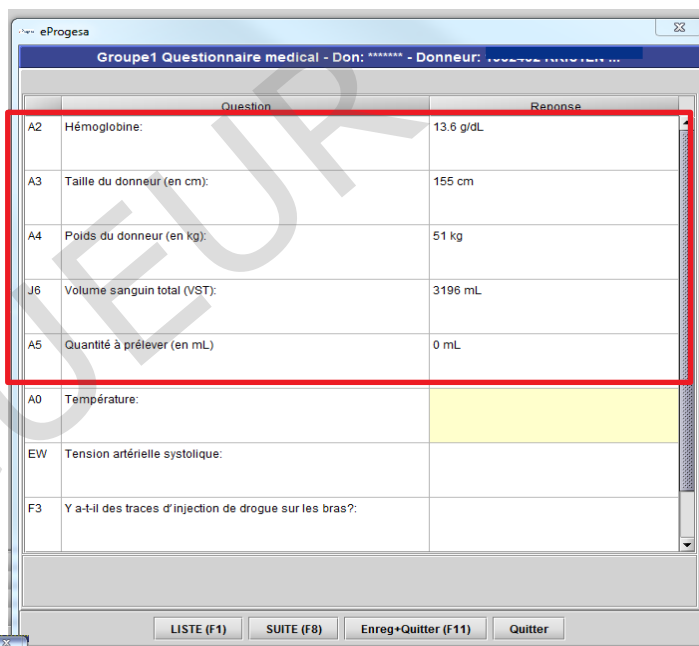
TAILLE

Lors d'un don précédent, un jeune donneur a été interdit lors de la saisie de sa taille et de son poids, car il n'avait pas un VST suffisant. Ce jeune donneur revient effectuer un don sachant que son poids est maintenant suffisant pour avoir le VST requis.

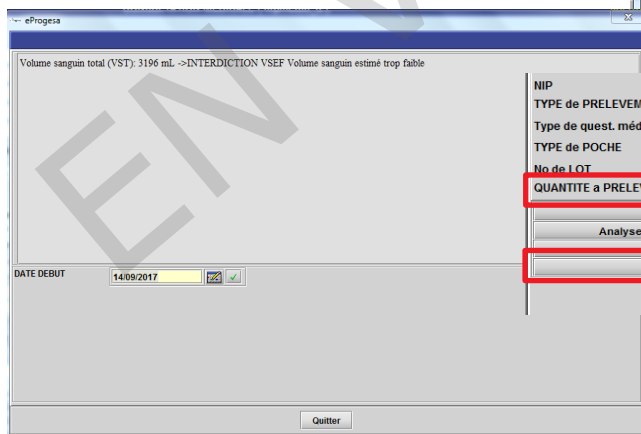
4.12.1 À l'inscription

Suite à la saisie du taux d'hémoglobine, la taille et le poids du don précédent sont reportés automatiquement. Il est impossible de les modifier à ce moment, ce qui rend le donneur inadmissible.

1. Après avoir « Enregistrer + Quitter », l'interdiction VSEF est générée par le système. Il s'agit d'une interdiction en date du jour seulement.
2. Il y a donc une interdiction active et la quantité à prélever se met à « -1 mL ».
3. Le donneur est référé au personnel qui effectuera l'entrevue de sélection sans compléter de QMLS.



Question	Reponse
A2 Hémoglobine:	13.6 g/dL
A3 Taille du donneur (en cm):	155 cm
A4 Poids du donneur (en kg):	51 kg
J6 Volume sanguin total (VST):	3196 mL
A5 Quantité à prélever (en mL)	0 mL
A0 Température:	
EW Tension artérielle systolique:	
F3 Y a-t-il des traces d'injection de drogue sur les bras?:	

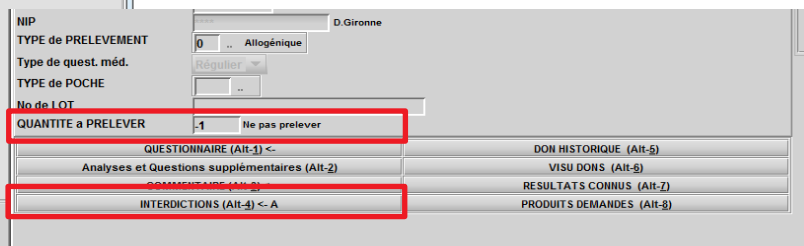


Volume sanguin total (VST): 3196 mL -> INTERDICTION VSEF Volume sanguin estimé trop faible

DATE DEBUT: 14/09/2017

QUANTITE A PRELEVER: **-1** Ne pas prelever

INTERDICTIONS (Alt-4) <- A



NIP: D. Gironne

TYPE de PRELEVEMENT: 0 .. Allogénique

Type de quest. méd.: Répondre

TYPE de POCHE: ..

No de LOT: ..

QUANTITE A PRELEVER: **-1** Ne pas prelever

QUESTIONNAIRE (Alt-1) <-

Analyses et Questions supplémentaires (Alt-2)

COMMENTAIRE (Alt-3)

INTERDICTIONS (Alt-4) <- A

DON HISTORIQUE (Alt-5)

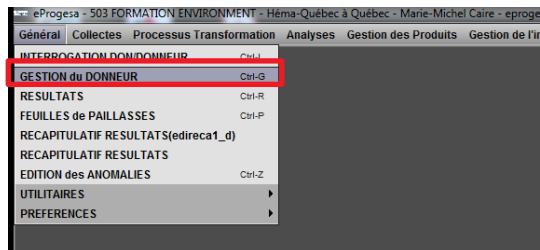
VISU DONS (Alt-6)

RESULTATS CONNUS (Alt-7)

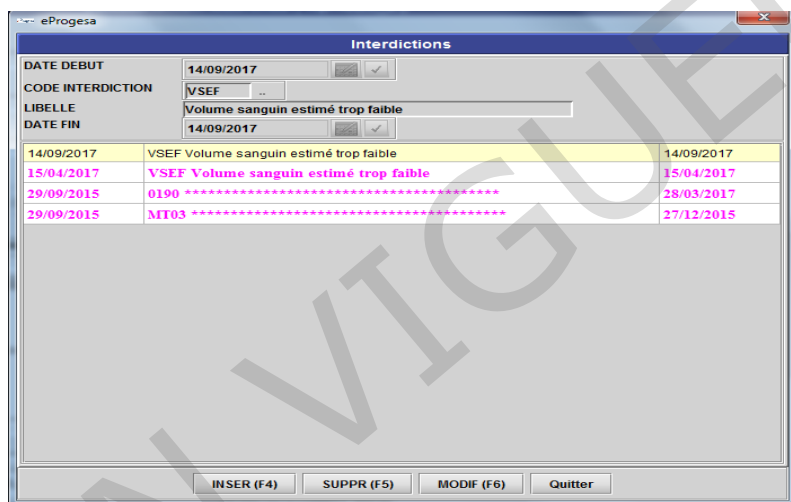
PRODUITS DEMANDES (Alt-8)

4.12.2 Suppression de l'interdiction

> Accéder à ePROGESA, au programme *Gestion du donneur*.



- > Choisir l'option « Modification ».
- > Saisir avec le lecteur code à barres le numéro du donneur, à partir de sa carte de donneur Héma-Québec ou de l'étiquette d'identification du donneur.
- > Sélectionner « Suite F8 » puis l'option interdiction.
- > Supprimer l'interdiction qui a été générée par le système en date du jour.
 - ◆ Ceci permet de poursuivre le processus d'entrevue.



4.12.3 Questionnaire médical

> Compléter le questionnaire médical avec le donneur au programme *Consultation médicale* ou diriger le donneur au QMLS afin qu'il le complète seul.



La quantité à prélever à « -1 ml » n'empêche pas le donneur de compléter le QMLS.

- > Effectuer révision du questionnaire médical *Groupe 2* selon le point 2.1 *Révision du QMLS*.
 - ◆ Par la suite, le système transfère automatiquement au *Groupe 1*.
- > Compléter la saisie des signes vitaux au *Groupe 1* selon le point 3.1 *Questionnaire médical groupe 1*.
- > Enregistrer le Questionnaire médical.

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.12 Correction du poids d'un jeune donneur qui a maintenant un VST acceptable pour effectuer un don	Personnel infirmier



Le système générera à nouveau l'interdiction VSEF. Si le système n'a pas généré d'autre interdiction active, poursuivre avec les étapes subséquentes. Sinon, se référer au point 2.1.2 *Questionnaire avec interdiction*.

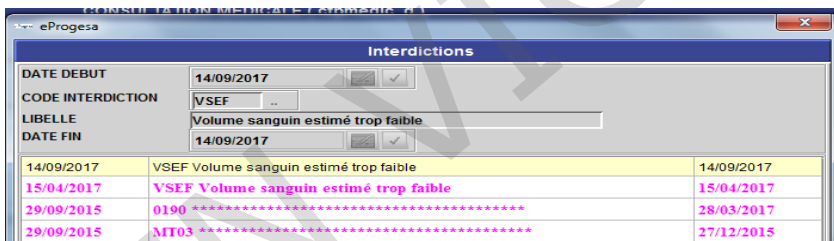
- > Faire signer le consentement au donneur.
- > Compléter le champ *TYPE de POCHE*.
- > Modifier la quantité à prélever de « -1 ml » à « 1 ml. ».



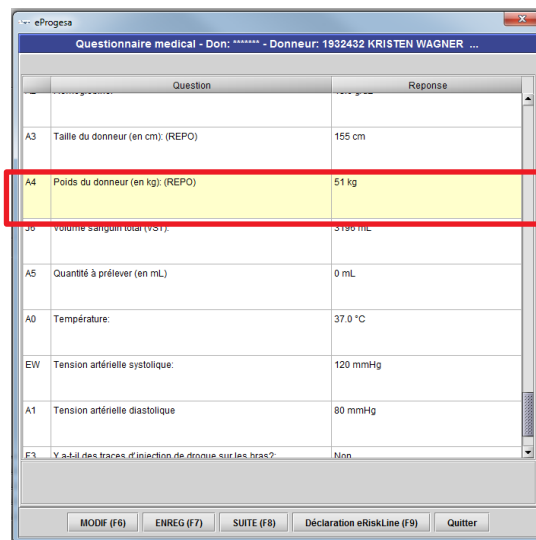
- > Sélectionner l'option *Interdictions*.



- > Supprimer l'interdiction qui a été générée par le système en date du jour.



DATE DEBUT	CODE INTERDICTION	LIBELLE	DATE FIN
14/09/2017	VSEF	Volume sanguin estimé trop faible	14/09/2017
15/04/2017	VSEF	Volume sanguin estimé trop faible	15/04/2017
29/09/2015	0190	*****	28/03/2017
29/09/2015	MT03	*****	27/12/2015



Question	Reponse
A3 Taille du donneur (en cm): (REPO)	155 cm
A4 Poids du donneur (en kg): (REPO)	51 kg
A5 Volume sanguin total (VST):	3196 mL
A5 Quantité à prélever (en mL):	0 mL
A0 Température:	37,0 °C
EW Tension artérielle systolique:	120 mmHg
A1 Tension artérielle diastolique	80 mmHg
F3 Y a-t-il des traces d'injection de drogue sur les bras?	Non

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.12 Correction du poids d'un jeune donneur qui a maintenant un VST acceptable pour effectuer un don	Personnel infirmier

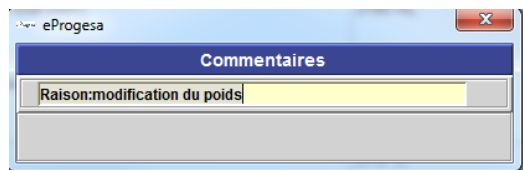
4.12.4 Modification du poids

> Sélectionner l'option *Questionnaire* pour modifier le poids du donneur.

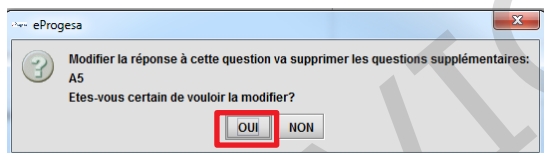


> Sélectionner l'option « MODIF » et saisir le poids du donneur.

◆ Justifiez la modification.



> Répondre « OUI » à la question qui apparaît à la fenêtre, voir ci-dessous.



> Enregistrer.



Le système recalcule alors le VST du donneur et détermine son éligibilité. Les questions J6, A5 et I2 sont comblées automatiquement. Si le donneur n'est toujours pas éligible, l'interdiction VSEF s'appliquera à nouveau.

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.13 Correction du poids d'un donneur sans interdiction	Personnel infirmier

- > Effectuer l'entrevue de sélection au complet jusqu'à la saisie du volume à prélever.
- > Effectuer la modification selon le point 4.12.4 Modification du poids ci-haut.

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.14 Correction du poids d'un donneur qui a maintenant un poids acceptable pour effectuer un don	Personnel infirmier

 **MISE EN CONTEXTE**



Lors d'un don précédent, un donneur a été interdit lors de la saisie de son poids, car il n'avait pas un poids ≥ 50 kg. Ce donneur revient effectuer un don sachant que son poids est maintenant acceptable.

- > À l'inscription, l'interdiction POID est générée automatiquement par le système.
- > Suivre les étapes de la section **4.12.2 *Suppression de l'interdiction*** ci-haut pour retirer l'interdiction POID.
- > Suivre les étapes de la section **4.12.3 *Questionnaire médical*** ci-haut.
- > Effectuer la modification selon la section **4.12.4 *Modification du poids*** ci-haut.

4.14.1 Si l'hémoglobine est saisie à l'entrevue de sélection :

- > Effectuer la révision du questionnaire médical *Groupe 2* selon le point 2.1 *Révision du QMLS*.
 - ◆ Par la suite, le système transfère automatiquement au *Groupe 1*.
- > Compléter la saisie des signes vitaux au *Groupe 1* selon le point 3.1 *Questionnaire médical groupe 1*.
- > Enregistrer le Questionnaire médical.



Le système générera l'interdiction POID. Si le système n'a pas généré d'autre interdiction active, poursuivre avec les étapes subséquentes. Sinon, se référer au point 2.1.2 *Questionnaire avec interdiction*.

- > Faire signer le consentement au donneur.
- > Compléter le champ *TYPE de POCHE*.
- > Modifier la quantité à prélever de « -1 ml » à « 1 ml. ».

TYPE de PRELEVEMENT	0 ... Allotérique
Type de quest. méd.	QUESTIONNAIRE
TYPE de POCHE	T1 ... Triple Sang Total (ST) CP2DIA53
No de LOT	
QUANTITE à PRELEVER	-1
QUESTIONNAIRE (Ait-1)	DON HISTORIQUE (Ait-5)
Analyses et Questions supplémentaires (Ait-2)	VISU DONS (Ait-8)
COMMENTAIRE (Ait-3)	RESULTATS CONNUS (Ait-7)
INTERDICTIONS (Ait-4)	PRODUITS DEMANDES (Ait-8)

- > Sélectionner l'option *Interdictions*.

QUESTIONNAIRE (Ait-1) <-	DON HISTORIQUE (Ait-5)
Analyses et Questions supplémentaires (Ait-2)	VISU DONS (Ait-8)
COMMENTAIRE (Ait-3)	RESULTATS CONNUS (Ait-7)
INTERDICTIONS (Ait-4) <- A	PRODUITS DEMANDES (Ait-8)

- > Supprimer l'interdiction POID qui a été générée par le système en date du jour.
- > Effectuer la modification du poids selon la section **4.12.4 *Modification du poids*** ci-haut.

 HÉMA-QUÉBEC	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE SANG TOTAL	IDT-00005 [10]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 21 de 32

Annexes

S/O

EN VIGUEUR



**ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE SANG
TOTAL**

IDT-00005 [10]

Vigueur : **02-06-2024**

Page 22 de 32

ANNEXE 1 – Code de collecte et code d'initialisation

COLLECTES MOBILES	Site de collecte	Selon la planification/confirmation collecte de sang
	Code d'initialisation	1

CENTRES FIXES		SITE - CODE DE COLLECTE	CODE D'INITIALISATION
		Tous les types de prélèvement <small>(sauf prélèvement I)</small>	Tous les types de prélèvement <small>(sauf prélèvement I)</small>
EN OPÉRATION	VERSAILLES (GLO-VER)	0560 – M0VEG	10
	DIX30 (GLO-DIX30)	0560 – M0DIG	30
	LAVAL (GLO-LAVAL)	0560 – M0LVG	40
	LEBOURGNEUF (GLO-LEB)	0561 – Q0LBG	90
	STE-FOY (GLO-FOY)	0561 – Q0SFG	20
	TROIS-RIVIÈRES (SDP-TR)	0561 – Q0TRG	50
	SAGUENAY (SDP-SAG)	0561 – Q0SAG	60
	SHERBROOKE (SDP-SHER)	0560 – M0SHG	70
	GATINEAU (SDP-GAT)	0560 – M0GAG	80
	KIRKLAND (GLO-KIR)	0560 – M0KIG	100
	ST-BRUNO (CHQ-STBRU)	0560 – M0SBG	110
FERMÉ	LAURIER (GLO-LAU)	0561 – Q0LAG	20

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

ANNEXE 2 – Choix du dispositif de prélèvement

Pour un nouveau donneur ou un donneur de sang rare, le dispositif REVEOS ne doit pas être utilisé.

S'assurer de remonter jusqu'au début du questionnaire pour vérifier les réponses aux questions énumérées ci-bas.

Critère	Type de questionnaire	Question du QMLS / Réponses	Choix du dispositif									
Médicaments inacceptables – Inhibiteurs d'agrégation plaquettaire Dans ePROGESA vous devez sélectionner en tout temps le médicament mentionné.	Long Abrégé	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">06</td> <td style="width: 65%;">Au cours des 3 derniers jours, avez-vous pris des médicaments?</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">Oui</td> </tr> <tr> <td>0A</td> <td>Quels médicaments avez-vous pris au cours des 3 derniers jours?</td> <td>Méd. inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire</td> </tr> <tr style="background-color: #ffff00;"> <td>0F</td> <td>Sélectionner tous les médicaments inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Note : Vérifier dans le MCSD si le médicament est inhibiteur de l'agrégation plaquettaire. Choisir le dispositif en fonction de l'information du MCSD.</p>	06	Au cours des 3 derniers jours, avez-vous pris des médicaments?	Oui	0A	Quels médicaments avez-vous pris au cours des 3 derniers jours?	Méd. inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire	0F	Sélectionner tous les médicaments inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire		T1
06	Au cours des 3 derniers jours, avez-vous pris des médicaments?	Oui										
0A	Quels médicaments avez-vous pris au cours des 3 derniers jours?	Méd. inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire										
0F	Sélectionner tous les médicaments inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire											
ATCD – grossesse	Long Abrégé	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">27</td> <td style="width: 65%;">Avez-vous déjà été enceinte (accouchement, fausse couche, avortement ou grossesse ectopique)?</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">Oui</td> </tr> </table>	27	Avez-vous déjà été enceinte (accouchement, fausse couche, avortement ou grossesse ectopique)?	Oui	T1						
27	Avez-vous déjà été enceinte (accouchement, fausse couche, avortement ou grossesse ectopique)?	Oui										
QUESTION : Conséquences d'analyses	Long Abrégé	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #ccc;"> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 65%;">Question</th> <th style="width: 30%;">Reponse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="background-color: #ffff00;"> <td>03</td> <td>Ne pas prélever de produits plaquettaires</td> <td>OK</td> </tr> </tbody> </table>		Question	Reponse	03	Ne pas prélever de produits plaquettaires	OK	T1			
			Question	Reponse								
		03	Ne pas prélever de produits plaquettaires	OK								
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #ccc;"> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 65%;">Question</th> <th style="width: 30%;">Reponse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HI</td> <td>Ne pas prélever de culots par apherèse/Sang total : Prioriser un dispositif T1:</td> <td>OK</td> </tr> </tbody> </table>		Question	Reponse	HI	Ne pas prélever de culots par apherèse/Sang total : Prioriser un dispositif T1:	OK	T1			
	Question	Reponse										
HI	Ne pas prélever de culots par apherèse/Sang total : Prioriser un dispositif T1:	OK										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #ccc;"> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 65%;">Question</th> <th style="width: 30%;">Reponse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="background-color: #ffff00;"> <td>I1</td> <td>Sang rare à congeler. Si prélèvement de sang total, utiliser un dispositif T1.:</td> <td>OK</td> </tr> </tbody> </table>		Question	Reponse	I1	Sang rare à congeler. Si prélèvement de sang total, utiliser un dispositif T1.:	OK	T1					
	Question	Reponse										
I1	Sang rare à congeler. Si prélèvement de sang total, utiliser un dispositif T1.:	OK										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #ccc;"> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 65%;">Question</th> <th style="width: 30%;">Reponse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="background-color: #ffff00;"> <td>HZ</td> <td>Sang rare à congeler. Si prélèvement de sang total, utiliser un dispositif T1.:</td> <td>OK</td> </tr> </tbody> </table>		Question	Reponse	HZ	Sang rare à congeler. Si prélèvement de sang total, utiliser un dispositif T1.:	OK	T1					
	Question	Reponse										
HZ	Sang rare à congeler. Si prélèvement de sang total, utiliser un dispositif T1.:	OK										

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

ANNEXE 3 – Mesure du taux d'hémoglobine

Mise en service de l'appareil

- > Aucune procédure d'installation n'est nécessaire.
- > L'écran est toujours allumé, l'analyseur n'est pas doté d'un interrupteur marche/arrêt (ON/OFF).

Prise du taux d'hémoglobine



1. S'assurer que la main soit chaude et relâchée. Effectuer le prélèvement sur le majeur ou l'annulaire. Éviter les doigts avec des bagues.



2. Nettoyer le bout du doigt avec de l'alcool isopropylique à 70%. Sécher à l'aide d'une compresse.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



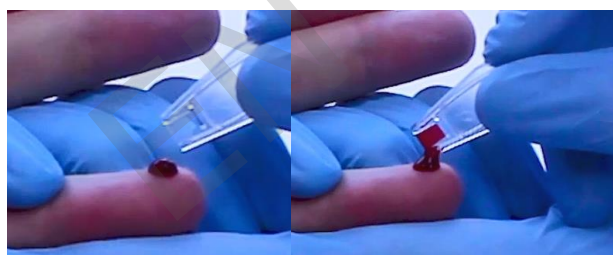
3. Masser légèrement le doigt en direction de sa pointe pour augmenter le flux de sang.



4. Piquer le doigt désinfecté avec une lancette stérile. Effectuer l'incision sur la face latérale du doigt pour faciliter le remplissage de la cuvette.



5. Exercer une légère pression en direction de la pointe du doigt jusqu'à ce qu'une goutte de sang apparaisse. Essuyer les trois premières gouttes avec une compresse.



6. S'assurer que la quatrième goutte de sang soit suffisamment grande pour remplir la cuvette en une seule fois. Remplir la cuvette en touchant la goutte de sang avec le coin de la cuvette. Remplir la cuvette sans aucune interruption.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



7. Essuyer, à l'aide d'une compresse l'extérieur de la cuvette. Vérifier que la cuvette soit entièrement remplie et sans bulles d'air.

Effectuer les mesures uniquement avec des cuvettes entièrement remplies.



8. Placer la cuvette remplie dans le porte-cuvette et le pousser doucement vers le bas jusqu'à perception d'un « déclic ». Le taux d'hémoglobine s'affichera de manière instantanée.



9. Retirer rapidement la cuvette. Noter le résultat du test dès que la coche ✓ s'affiche et le consigner au dossier du donneur.

- ◆ Note : Le résultat restera affiché à l'écran jusqu'à ce qu'il soit remplacé par la valeur de la mesure suivante.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



10. Effacer les données apparaissant à l'affichage après chaque utilisation. Effectuer une mesure à « vide » en poussant le porte-cuvette vide vers le bas dans l'appareil.



Dans le cas où l'échantillon est difficile à prélever, ne pas analyser et reprendre la ponction.

Ne pas mesurer une même cuvette deux fois.

Une fois le sachet ouvert, les microcuvettes demeurent stables jusqu'à la date de péremption indiquée sur le sachet.



**ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE SANG
TOTAL**

IDT-00005 [10]

Vigueur : **02-06-2024**

Page 28 de 32

ANNEXE 4 – Tables de conversion poids/taill

LIVRES	KILO	LIVRES	KILO	LIVRES	KILO	LIVRES	KILO	LIVRES	KILO	LIVRES	KILO
110	50	140	64	170	77	200	91	230	104	260	118
111	50	141	64	171	78	201	91	231	105	261	118
112	51	142	64	172	78	202	92	232	105	262	119
113	51	143	65	173	79	203	92	233	106	263	119
114	52	144	65	174	79	204	93	234	106	264	120
115	52	145	66	175	79	205	93	235	107	265	120
116	53	146	66	176	80	206	93	236	107	266	121
117	53	147	67	177	80	207	94	237	108	267	121
118	54	148	67	178	81	208	94	238	108	268	122
119	54	149	68	179	81	209	95	239	108	269	122
120	54	150	68	180	82	210	95	240	109	270	123
121	55	151	69	181	82	211	96	241	109	271	123
122	55	152	69	182	83	212	96	242	110	272	123
123	56	153	69	183	83	213	97	243	110	273	124
124	56	154	70	184	84	214	97	244	111	274	124
125	57	155	70	185	84	215	98	245	111	275	125
126	57	156	71	186	84	216	98	246	112	276	125
127	58	157	71	187	85	217	98	247	112	277	126
128	58	158	72	188	85	218	99	248	113	278	126
129	59	159	72	189	86	219	99	249	113	279	127
130	59	160	73	190	86	220	100	250	113	280	127
131	59	161	73	191	87	221	100	251	114	281	128
132	60	162	74	192	87	222	101	252	114	282	128
133	60	163	74	193	88	223	101	253	115	283	128
134	61	164	74	194	88	224	102	254	115	284	129
135	61	165	75	195	89	225	102	255	116	285	129
136	62	166	75	196	89	226	103	256	116	286	130
137	62	167	76	197	89	227	103	257	117	287	130
138	63	168	76	198	90	228	103	258	117	288	131
139	63	169	77	199	90	229	104	259	118	289	131

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



Dans le cas d'un poids à convertir qui ne figure pas dans le tableau, utiliser la formule mathématique suivante:

Poids en livres (lb) divisé par 2,2 = poids en kilogrammes (kg)

PIEDS	POUCES	CENTIMÈTRES
5'	60	152
5'1''	61	155
5'2''	62	158
5'3''	63	160
5'4''	64	163
5'5''	65	165
5'6''	66	168
5'7''	67	170
5'8''	68	173
5'9''	69	175
5'10''	70	178
5'11''	71	180
6'	72	183
6'1''	73	185
6'2''	74	188
6'3''	75	191
6'4''	76	193
6'5''	77	196
6'6''	78	198
6'7''	79	201


Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

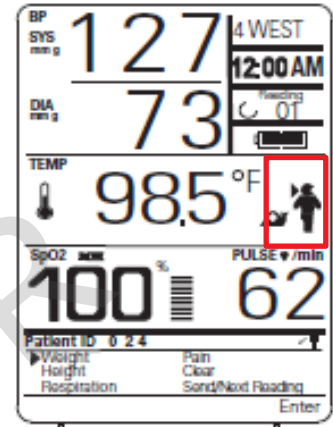
Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.


	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE SANG TOTAL	IDT-00005 [10]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 30 de 32

ANNEXE 5 – Prise des signes vitaux

Utilisation du moniteur Welch Allyn, SPOT Lxi

- > Avant chaque utilisation, vérifier le bon fonctionnement de l’affichage du moniteur et l’absence de code d’erreur.
- > Retirer la sonde de température du puits et s’assurer que l’icône de température ORALE clignote¹.
- > Insérer la sonde dans un protège sonde, mettre rapidement sous la langue du donneur.
 - ◆ Maintenir en place jusqu’à ce que l’appareil émette trois « bip ».
- > Jeter le protecteur de sonde dans un contenant de déchets domestiques.
- > Consigner les données nécessaires dans eProgesa.
 - ◆ Au besoin, se référer au manuel des critères de sélection des donneurs (MCSD).
- > Effacer les données apparaissant à l’affichage après chaque utilisation.
 - ◆ Appuyer 2 fois sur le bouton « MEM » de l’appareil. 



Pour modifier le mode de température, appuyer sur le « bouton de navigateur » vers le haut ou vers le bas jusqu’à ce que l’icône appropriée clignote. 



Appuyer sur le bouton « sélection ». 

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

Utilisation du moniteur Welch Allyn, 6000 series et modèle 4400

> Avant chaque utilisation, vérifier le bon fonctionnement de l'affichage du moniteur et l'absence de code d'erreur.

- > Retirer la sonde de température du puits et s'assurer que le mode de température sélectionné est « orale » 
- > Insérer la sonde dans un protège sonde, mettre rapidement sous la langue du donneur.
 - ◆ Maintenir en place jusqu'à ce que l'appareil émette une tonalité.
- > Jeter le protecteur de sonde dans un contenant de déchets domestiques.
- > Consigner les données nécessaires dans eProgesa.
 - ◆ Au besoin, se référer au manuel des critères de sélection des donneurs (MCSD).
- > Effacer les données apparaissant à l'affichage après chaque utilisation.
 - ◆ Appuyer sur enregistrer. 

Écran modèle 6000 series



Écran modèle 4400



Pour modifier le mode de température, appuyer sur l'icône « site de mesure de température » afin de basculer entre les différents sites.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE SANG TOTAL	IDT-00005 [10]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 32 de 32

Liste des modifications

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Tout	Transfert dans le nouveau gabarit	Mise en vigueur d'un nouveau gabarit	GAB-IDT-v3
1.1.1, 2 ^e puce, case d'avertissement	Ajout « Par exemple, il est possible de retirer les caractères spéciaux dans le nom et le prénom lorsqu'une preuve (pièce d'identité) est disponible. Il est aussi possible de modifier le nom de jeune fille lorsqu'une photo est présente au dossier du donneur, à l'aide des nouvelles informations présentes sur la pièce d'identité. »	Information manquante : harmonisation avec l'IDT-00004[12], section 4.2, 2 ^e sous-puce, case d'avertissement.	IDT-00004[12] (Section 4.2) Opportunité d'amélioration
3.1, 3 ^e puce, 1 ^e sous-puce, information complémentaire	Retrait de référence à l'annexe 5.	Référence à l'annexe 5 erronée. Cette section parle de la valeur reportée de la taille ou du poids, tandis que l'annexe 5 fait référence aux signes vitaux.	Opportunité d'amélioration
3.1, 4 ^e puce, 1 ^e sous-puce	Retrait de la prise de tension artérielle.	L'étude AMI-2140 a démontrée qu'il n'y a aucune association observée entre une valeur de tension artérielle hors norme et un risque de réaction vasovagale ou complication cardiovasculaire majeure. En conséquence, la prise de la tension artérielle est retirée.	CC-PRB-02044
Annexe 5	Retrait des instructions en lien avec la prise de tension artérielle.		
Référence : OC-08968			

Numéro du document	IDT-00006 [7]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	06-10-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
SPE-00640	Traitement des dispositifs et des tubes - Prélèvement par aphérèse sur Spectra Optia
IDT-00015	Signalement
PFN-00288	Prélèvement de dons autologues
PFN-00675	Plan de contingence / arrêt temporaire en collectes et saisie à l'interne
FRM-00115	Information supplémentaire liée au don/donneur
FRM-00117	Demande externe de renseignements médicaux
PON-00002	PSL - Approvisionnement en dons et composants sanguins
IDT-00010	Prélèvement d'échantillons spécifiques sans don
IDT-00021	Prélèvement de plasma de fractionnement
IDT-00020	Entrevue de sélection d'un donneur de plasma de fractionnement
IDT-00031	Entrevue de sélection d'un donneur de don aphérèse sur TRIMA
IDT-00005	Entrevue de sélection d'un donneur de sang total
SPE-00545	Codes d'interdiction

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	10-09-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	10-09-2024
Direction médicale	Christian Renaud	13-09-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	20-09-2024

TABLE DES MATIÈRES

Définitions	3
Mise en contexte	4
1 Interdictions	4
1.1 Généralités	4
1.2 Ajout d'interdiction manuelle	5
1.3 Donneur interdit avec DEL	6
1.4 Médicaments-vaccins inconnus	6
1.4.1 Information manquante – Donneur reviendra avec l'information	6
1.4.2 Information manquante – Donneur n'a pas l'information ou est interdit pour un autre motif.....	6
1.5 Demande interne de renseignements médicaux (DINT).....	7
1.6 Demande externe de renseignements médicaux (DEXT).....	8
1.7 Modification d'une interdiction	9
1.8 Suppression d'une interdiction	10
1.9 Plusieurs interdictions vaccin ou médication ayant le même code d'interdiction.....	11
2 Particularités	12
2.1 Carte d'admissibilité (Donneur admissible DINT/DEXT).....	12
2.1.1 Donneur admissible suite à une DEXT/DINT	12
2.1.2 Donneur admissible suite à une DEXT/DINT	12
2.2 Donneur ayant voyagé dans le même pays à risque de malaria plus d'une fois.....	14
2.3 Vérification de l'analyse Chagas (voyages).....	14
2.3.1 En collecte ou unité mobile	14
2.3.2 En centre fixe.....	15
2.4 Consentement	16
2.4.1 Modification entraînant le message de renouvellement du consentement.....	16
2.4.2 Suppression et régénération du consentement.....	17
2.5 Information reçue du donneur (donneur présent)	18

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

2.5.1	Généralité	18
2.5.2	Information reçue avant le don.....	18
2.5.3	Information reçue pendant le don.....	19
2.5.4	Information reçue après le don	20
2.6	Donneur refusé par le directeur médical ou son délégué	20
2.6.1	Généralité	20
	Annexes.....	21
	Liste des modifications	22

Procédure opératoire normalisée (PON) de référence

Numéro du document	TITRE
PON-00002	Approvisionnement en dons et composants sanguins

Icônes et indicateurs :



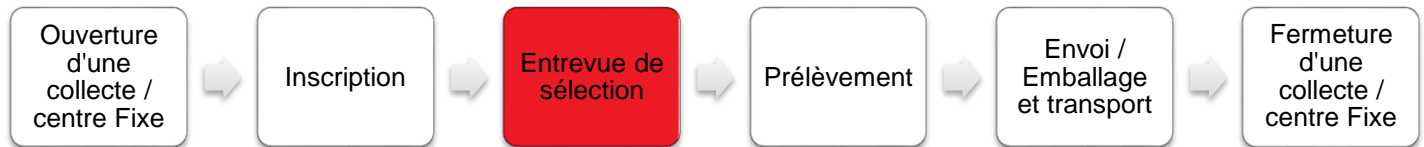
Lorsqu'un avertissement doit être donné.



Information complémentaire visant à améliorer la compréhension.

Processus

PSL – Approvisionnement en dons et composants sanguins.



Matériel, équipement et logiciel

S/O

Définitions

S/O

- > QM : Questionnaire médical
- > MCSD : Manuel de critères de sélection des donneurs
- > CDD : Conformité des dossiers donneurs

Mise en contexte

S/O ☒

1 Interdictions

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Généralités	Personnel infirmier



Les informations ci-dessous s'appliquent pour toutes réponses affirmatives au questionnaire médical à l'exception de la question « *Vous sentez-vous bien aujourd'hui?* ».

- > Le système applique automatiquement les conséquences lorsqu'aucune sous-question n'est demandée.
- > Répondre aux sous-questions lorsque requis.
- > Les interdictions au don s'ajoutent automatiquement au dossier.
 - ◆ Le questionnaire médical *Groupe 2* doit être complété dans son ensemble, et ce même si une réponse mène à une interdiction du donneur.
 - ◆ Enregistrer le questionnaire au *Groupe 2*.
 - ◆ Cliquer « Enreg+Quitter » dans le *Groupe 1*.
- > Certaines conditions nécessitent l'ajout manuel d'un code d'interdiction (voir point 1.2).
- > Lorsque le donneur est interdit au don, se référer à l'option « *Interdictions* » afin de fournir au donneur les informations relatives à son ou ses interdiction(s)

QUESTIONNAIRE (AIT-1) <-	DON HISTORIQUE (AIT-5)
Analyses et Questions supplémentaires (AIT-2)	VISU DONS (AIT-6)
COMMENTAIRE (AIT-3)	RESULTATS CONNUS (AIT-7)
INTERDICTIONS (AIT-4) <- A	PRODUITS DEMANDES (AIT-8)

- > L'ensemble des interdictions au dossier du donneur seront présentes



Les interdictions qui sont maintenant inactives au dossier du donneur s'affichent en rose.

DATE DEBUT	CODE INTERDICTION	LIBELLE	DATE FIN
28/08/2019	RX01 Médicament-1 jour		29/08/2019
25/09/2018	0115 Hépatite inconnue		22/04/2019

- > Pour les situations liées à la gestion des interdictions au dossier donneur, voir la section appropriée :

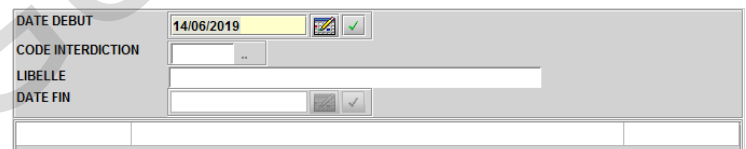
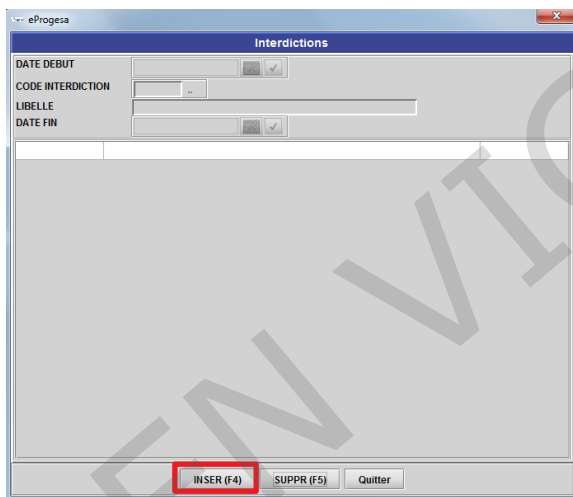
Changement de critère HQ qui rend le donneur admissible	Modification concernant une interdiction appliquée le jour même	Modification concernant une interdiction ajoutée antérieurement	Délai d'interdiction en heure qui rend le donneur admissible le don du jour
Se référer à la section 1.7	Se référer à la section 1.8	Référer au CDD	Se référer à la section 1.7

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.2 Ajout d'interdiction manuelle	Personnel infirmier

- > Dans certains cas, un code d'interdiction doit être ajouté manuellement dans le système, exemples :
 - ◆ Hémoglobine basse donneur d'aphérèse TRIMA ;
 - ◆ Consentement non éclairé;
 - ◆ Lésion au site de ponction (2 bras non sains seulement);
 - ◆ Formule sanguine;
 - ◆ Lorsque le donneur est refusé après consultation du MCSD pour un critère non paramétré.
 - ◆ Lorsque le donneur est refusé après consultation du directeur médical ou son délégué pour une condition ou information qui n'est pas liée à un critère du MCSD (voir section 2.6).
- > Ajouter manuellement un code d'interdiction (selon le MCSD) au dossier du donneur via l'option *Interdictions*.




- > Cliquer sur « INSERER ».





- > Saisir la date de début.
- > Saisir le code d'interdiction.
- > Saisir la date de fin (au besoin).



Lorsqu'un donneur est refusé selon le MCSD avec un ajout de code manuel, un code VINT est ajouté automatiquement par ePROGESA. Il s'agit d'une vérification qui sera faite à l'interne afin de valider que le code d'interdiction spécifique à la condition du donneur a bien été ajouté manuellement au dossier lors de l'entrevue. Ne jamais supprimer ce code.

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.3 Donneur interdit avec DEL	Personnel infirmier
<hr/> <p> Dans certains cas le donneur se voit interdit, mais un prélèvement d'échantillon sans don est requis.</p> <hr/> <p>> Appliquer l'interdiction au dossier du donneur. > Modifier ou valider le type de prélèvement à « 7 échantillons analyses spécifiques ». > Modifier le champ <i>Quantité à prélever</i> de « -1 ml » à « 1 ml ». > Suivre l'IDT-00010 <i>Prélèvement d'échantillons spécifiques sans don</i>.</p>	

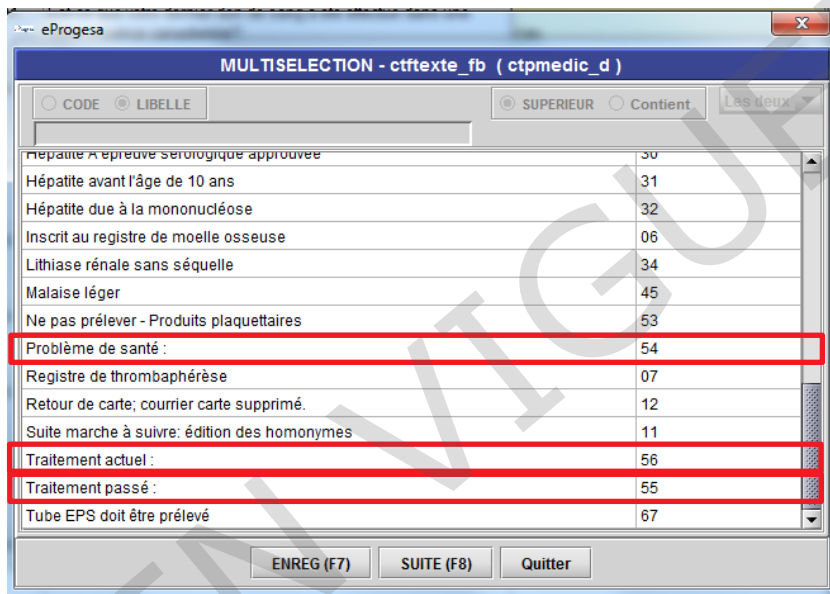
ÉTAPE	RESPONSABLE
1.4 Médicaments-vaccins inconnus	Personnel infirmier
<hr/> <p> Dans tous les cas de réponses affirmatives à la question « <i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous reçu un vaccin?</i> », un message d'enquête SMET sera généré automatiquement. Ne jamais modifier la date et ne jamais supprimer ce code. Il s'agit d'un suivi d'enquête qui sera effectué sur les dons antérieurs par le CDD.</p> <hr/> <p>1.4.1 Information manquante – Donneur reviendra avec l'information</p> <p>> S'assurer que le donneur n'est pas interdit pour un autre motif. > Enregistrer et quitter le QM sans répondre à la question. > Au retour du donneur, compléter le questionnaire médical avec l'information manquante.</p> <hr/> <p> Le dossier restera ouvert dans ePROGESA jusqu'au retour du donneur.</p> <hr/> <p>1.4.2 Information manquante – Donneur n'a pas l'information ou est interdit pour un autre motif</p> <p>> Répondre « médicament inconnu/ vaccin inconnu » à la question. > Finaliser la révision des questions avec le donneur. > Appliquer l'interdiction selon la procédure habituelle.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.5 Demande interne de renseignements médicaux (DINT)	Personnel infirmier

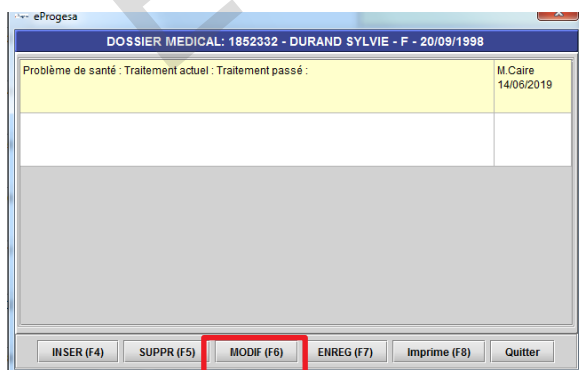


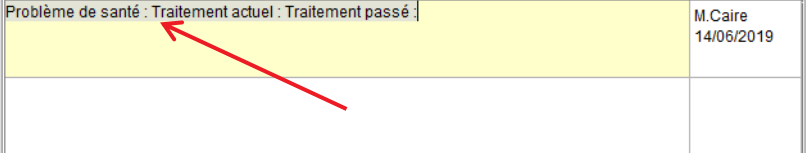

Pour certaines conditions, une demande interne de renseignements médicaux doit être complétée. Ceci signifie que le dossier du donneur doit être évalué par le Directeur médical ou son délégué d'Héma-Québec afin de déterminer son admissibilité.



- > Compléter la DINT dans ePROGESA lorsque vous êtes dans le QM.
- > Consulter l'onglet *Dossier médical* du donneur via l'option *SUITE*.
- > Cliquer sur « **INSER** » dans le dossier médical du donneur.
- > Sélectionner les trois réponses suivantes à l'aide de la liste (F1).



- > Cliquer sur « **MODIF** ». Le commentaire devient grisé.



ÉTAPE	RESPONSABLE
1.5 Demande interne de renseignements médicaux (DINT)	Personnel infirmier
<p>> Placer le curseur à la suite du commentaire.</p>  <p>> Documenter en texte libre les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Problème de santé : puis décrire en texte libre la nature du problème; ◆ Traitement passé : puis décrire en texte libre la nature du traitement passé; ◆ Traitement actuel : puis décrire en texte libre la nature du traitement actuel. <p>> Saisir « Ajout de précision à la DINT » dans la case commentaire qui apparaît.</p>  <p>> Informer le donneur qu'il sera avisé de son admissibilité.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.6 Demande externe de renseignements médicaux (DEXT)	Personnel infirmier
<p> Pour certaines conditions, une demande externe de renseignements médicaux doit être complétée. Ceci signifie qu'Héma-Québec souhaite obtenir plus de renseignements de la part du médecin du donneur sur sa condition. Par la suite, le Directeur médical ou son délégué d'Héma-Québec déterminera l'admissibilité du donneur.</p> <hr/> <p>> Compléter le formulaire FRM-00117 <i>Demande externe de renseignements médicaux</i> ou FRM-00118 <i>External request for medical information</i>.</p> <p>> Remettre le formulaire au donneur en l'avisant de le transmettre à son médecin traitant.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Répondre à ses questions et lui donner les informations requises. ◆ Informer le donneur de retourner le formulaire complété au Directeur médical ou son délégué d'Héma-Québec. <p>> Informer le donneur qu'il sera avisé de son admissibilité.</p> <hr/> <p> Il n'est pas requis de compléter la DEXT si le donneur est interdit de façon permanente pour une autre condition médicale.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.7 Modification d'une interdiction	Personnel infirmier

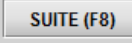

La modification d'une interdiction au dossier du donneur est permise seulement dans le cas d'un critère de sélection modifié par Héma-Québec ou dans le cas d'un délai d'interdiction en heure qui rend le donneur admissible le don du jour.

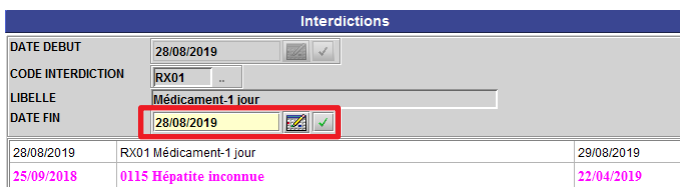
Seule la date de fin d'une interdiction peut être modifiée. Dans le cas d'un critère de sélection modifié par Héma-Québec, ces conditions doivent aussi être respectées :

- > La raison de l'interdiction antérieure mentionnée par le donneur n'est pas un critère d'interdiction en vigueur.
- > Le code d'interdiction au dossier du donneur doit être en lien avec l'explication du donneur.
- > Le code d'interdiction présent au dossier du donneur doit :
 - ◆ Faire partie des codes « invalidés » dans la SPE-00545 *Codes d'interdiction*.
 - ou
 - ◆ Être l'un des codes d'interdiction suivants encore valides dans la SPE-00545, dont l'application des critères a été révisée, permettant l'admissibilité des donneurs : **0270, 0115, 0900, 1702 et 1705**

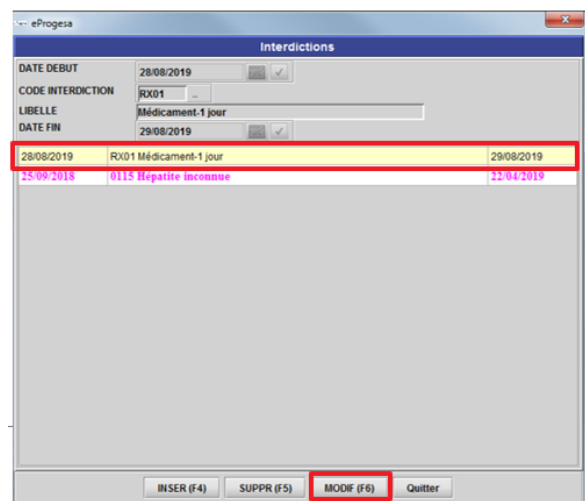


Cette modification sera nécessaire pour une interdiction qui est présente au dossier du donneur AVANT de procéder à l'inscription lorsque celui-ci est maintenant éligible selon le critère concerné.

- > Accéder à ePROGESA, au programme *Gestion du donneur Option Modification*.
- > Choisir l'option « SUITE ». 
- > Sélectionner l'option « Interdictions ».
- >
- > Sélectionner l'interdiction à modifier et appuyer sur le bouton « MODIF ». 
- > Faire la modification de la date de fin appropriée.





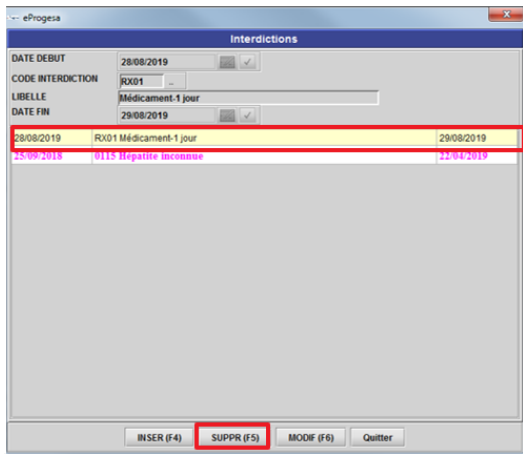
Interdictions		
DATE DEBUT	28/08/2019	
CODE INTERDICTION	RX01	
LIBELLE	Médicament-1 jour	
DATE FIN	28/08/2019	
28/08/2019	RX01 Médicament-1 jour	29/08/2019
25/09/2018	0115 Hépatite inconnue	22/04/2019


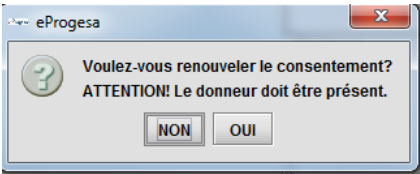





Interdictions		
DATE DEBUT	28/08/2019	
CODE INTERDICTION	RX01	
LIBELLE	Médicament-1 jour	
DATE FIN	29/08/2019	
28/08/2019	RX01 Médicament-1 jour	29/08/2019
25/09/2018	0115 Hépatite inconnue	22/04/2019

INSER (F4) SUPPR (F5) **MODIF (F6)** Quitter

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.7 Modification d'une interdiction	Personnel infirmier
<p>> Saisir son NIP.</p> <p>> Saisir les raisons de la modification de l'interdiction dans la case commentaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ L'interdiction sera alors inactive (rose). <p>> Connexion nomade seulement : Répondre « oui » au message « <i>Générer à nouveau le formulaire pour le plan de contingence sur la carte SD</i> ».</p> <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Lorsque la condition médicale d'un donneur en lien avec une interdiction autre que la modification d'un critère prévu par le MCSD, référer le donneur au Service Clientèle Donneur pour la modification de l'interdiction, une réévaluation de l'interdiction permanente est requise.</p> </div> <hr/>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.8 Suppression d'une interdiction	Personnel infirmier
<p>> Accéder à ePROGESA, au programme <i>Consultation médicale</i>.</p> <p>> Modifier le QM afin de corriger la réponse erronée.</p> <p>> Enregistrer la correction du QM.</p> <p>> Aller à l'onglet <i>Interdictions</i>.</p> <p>> Sélectionner l'interdiction à modifier et appuyer sur le bouton « SUPPR ».</p> <p>> Saisir son NIP.</p> <p>> Saisir les raisons de la suppression de l'interdiction dans la case commentaire.</p> <p>> Au besoin, modifier le <i>TYPE de POCHE</i>.</p>	
<div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Il est possible de supprimer une interdiction seulement si celle-ci a été appliquée le jour même par erreur (Ex. erreur de date qui entraîne une interdiction).</p> </div> <hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>> Accéder à ePROGESA, au programme <i>Consultation médicale</i>.</p> <p>> Modifier le QM afin de corriger la réponse erronée.</p> <p>> Enregistrer la correction du QM.</p> <p>> Aller à l'onglet <i>Interdictions</i>.</p> <p>> Sélectionner l'interdiction à modifier et appuyer sur le bouton « SUPPR ».</p> </div> <div style="flex: 1; text-align: right;">  </div> </div>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.8 Suppression d'une interdiction	Personnel infirmier
<p>> Modifier la quantité à prélever de « -1 ml » à « 1 ml. » pour procéder au prélèvement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pour un don sur PCS2 : reporter le volume à prélever qui apparaît dans la question A5 du QM.  <p>> S'assurer que le consentement a été signé et répondre à la question ci-dessous en fonction de la situation.</p>  <p> Le programme <i>Gestion du donneur</i> peut être utilisé lorsqu'il n'y a aucune correction de questionnaire médical ou prélèvement à effectuer.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.9 Plusieurs interdictions vaccin ou médication ayant le même code d'interdiction	Personnel infirmier
<p> Pour les questions portant sur les vaccins et les médicaments permettant la saisie de plusieurs réponses, mais ne permettant pas la saisie de toutes les dates dans les questions supplémentaires (par exemple, vaccins ayant le même code d'interdiction), une ou plusieurs fenêtres d'interdiction ouvrent lors de la confirmation du questionnaire médical. Cette fenêtre correspond à la raison de l'interdiction au don.</p> <p> Bien lire les messages à l'écran afin d'indiquer la date de début correspondante à chacune des interdictions. Attention de ne pas appuyer sur « retour » trop rapidement.</p> <p>> Une fenêtre correspond à la raison de l'interdiction au don. Modifier la date de début afin que celle-ci corresponde à la date indiquée au questionnaire médical.</p> <p>> Si la situation déclenche en plus un code d'interdiction SMET, confirmer la date du jour dans la fenêtre correspondante au code SMET.</p>	

2 Particularités

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.1 Carte d'admissibilité (Donneur admissible DINT/DEXT)	Personnel infirmier



Lorsque la condition du donneur le requiert, son dossier sera évalué par son médecin (DEXT) ou par le Directeur médical ou son délégué d'Héma-Québec (DINT).

Si ce dernier est admissible au don, l'admissibilité sera documentée dans son dossier médical. Un donneur peut toutefois se présenter avec une carte d'admissibilité qui a été émise avant l'implantation de ePROGESA.



S'il s'agit d'un donneur transgenre avec carte d'admissibilité voir l'IDT-00005 *Entrevue de sélection d'un donneur de sang total* au point 4.1.

2.1.1 Donneur admissible suite à une DEXT/DINT

5B	Selon le MCSD, la condition est-elle acceptable ou y a-t-il eu approbation d'une demande par la direction médicale?	
ou		
2C	Le donneur est-il admissible?	

- > Consulter le dossier médical via l'option « SUITE »
- > Valider la décision médicale au dossier.
 - ◆ Si aucune décision au dossier, mais que le donneur a une carte d'admissibilité voir le point 2.1.2 pour l'ajouter au dossier médical du donneur.
- > Saisir la réponse appropriée à la question.

2.1.2 Donneur admissible suite à une DEXT/DINT

- > Cliquer sur « INSER » dans le dossier médical du donneur.
- > Sélectionner la réponse appropriée selon la carte d'admissibilité à l'aide de la liste (F1).

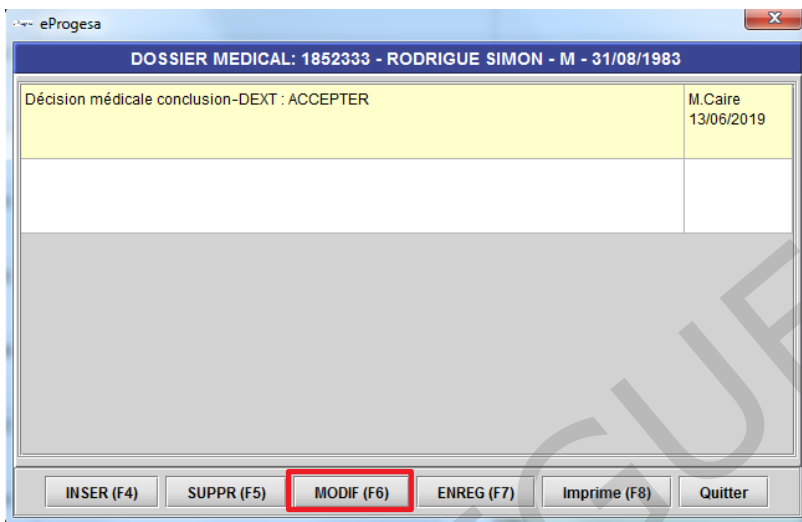
Donneur allergique à la Chlorhexidine	52
Doublon: numéro inactif.	10
Décision médicale conclusion-DEXT : ACCEPTER	61
Décision médicale conclusion-DEXT: INTERDIRE	60
Décision médicale conclusion-DINT : ACCEPTER	58
Décision médicale conclusion-DINT: INTERDIRE	59
Décision médicale :	57

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.1 Carte d'admissibilité (Donneur admissible DINT/DEXT)	Personnel infirmier

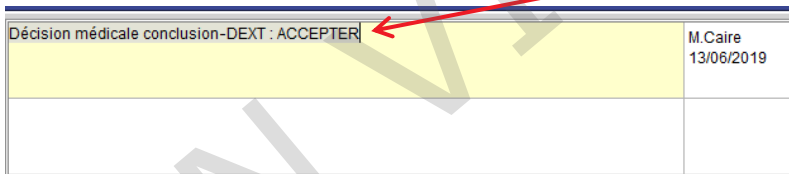


Choisir la ligne 58 (DINT) par défaut si la carte d'admissibilité ne spécifie pas (DINT ou DEXT).

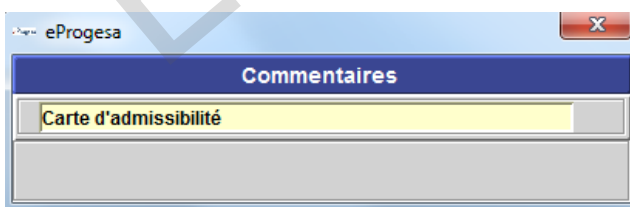
- > Cliquer sur « MODIF ». Le commentaire devient grisé.




- > Placer le curseur à la suite du commentaire.




- > Documenter la condition pour laquelle le donneur est admissible et appuyer sur « ENTER ».
- > Saisir « Carte d'admissibilité » dans la case commentaire.



- > Conserver la carte et l'envoyer au CDD.

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.2 Donneur ayant voyagé dans le même pays à risque de malaria plus d'une fois	Personnel infirmier
<hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Il est important que le dossier du donneur reflète l'ensemble des périodes d'interdiction, et ce même si elles ne sont plus actives. Des vérifications sur des dons antérieurs pourraient être nécessaires.</p> </div> <hr/> <p>> Dans le QM, saisir la date de retour la plus récente.</p> <p>> Ajouter manuellement les interdictions liées aux autres dates de retour.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Choisir l'option « SUITE ». <input type="button" value="SUITE (F8)"/> ◆ Sélectionner l'option « Interdictions ». <ul style="list-style-type: none"> - L'interdiction lié au QM sera appliquée une fois celui-ci enregistré. ◆ Sélectionner l'option « INSER ». ◆ Saisir la date de retour comme date de début d'interdiction. ◆ Saisir le code approprié selon la SPE-00545 ou MCSD. ◆ Confirmer la date de fin d'interdiction. ◆ Répéter pour l'ensemble des dates de retour. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.3 Vérification de l'analyse Chagas (voyages)	Personnel infirmier
<hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Lorsqu'un donneur a voyagé dans une zone à risque de Chagas, une vérification doit être effectuée afin de valider la présence et les résultats d'un dernier test. Ceci permettra aussi de déterminer si le test doit être effectué pour ce don.</p> </div> <hr/> <p>2.3.1 En collecte ou unité mobile</p> <p>> Le résultat d'analyse ne peut pas être vérifié en mode nomade, le système informatique n'est pas connecté directement au réseau HQ.</p> <p>> Répondre « OUI » à la question suivante :</p> <div style="display: flex; align-items: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px; margin-right: 10px;"> <p>HK Etes-vous sur une collecte mobile ou dans l'unité mobile?</p> </div> <div style="background-color: #ffffcc; padding: 5px; border: 1px solid black;"> <p>O/N </p> </div> </div>	

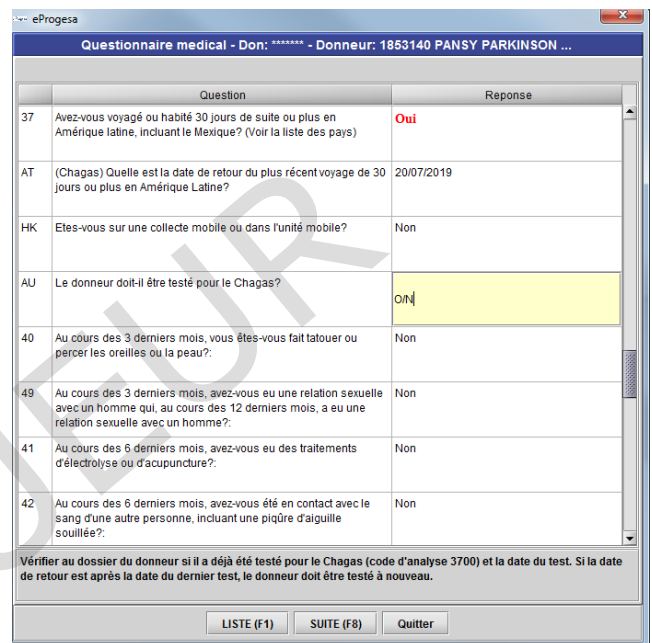
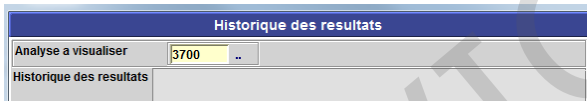
2.3.2 En centre fixe

> Répondre « NON » à la question suivante :

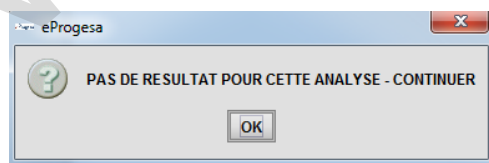
HK Etes-vous sur une collecte mobile ou dans l'unité mobile?

O/N|

- > Déterminer si une analyse Chagas (3700) doit être effectuée.
- > Ouvrir une 2^e session ePROGESA.
- > Accéder au programme *Gestion du donneur*.
- > Choisir l'option « Interrogation ».
- > Saisir avec le lecteur code à barres le numéro du donneur, à partir de sa carte de donneur Héma-Québec ou de l'étiquette d'identification du donneur.
- > Valider l'identité du donneur.
- > Choisir l'option « SUITE ».
- > Sélectionner « A. Historique analyse ».
- > Saisir l'analyse « 3700 » dans la fenêtre.



- > Consulter le résultat de l'analyse et la date du dernier test.
 - ◆ Le donneur doit être testé si au moins une des conditions suivantes se présente :
 - Le résultat est « Non testé » ou « Non acceptable »;
 - ▲ Si le message suivant apparaît, le donneur n'a jamais été testé pour le Chagas :



- Le donneur a effectué un nouveau voyage de plus de 30 jours dans un pays à risque après avoir été testé.
- > Fermer la 2^e session ePROGESA.
- > Retourner dans la 1^{ère} session ePROGESA.
- > Répondre à la question « *Le donneur doit-être testé pour le Chagas?* ».

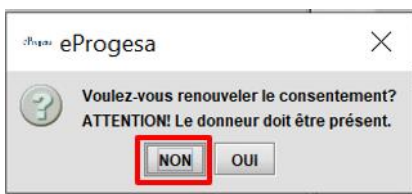
ÉTAPE	RESPONSABLE
2.4 Consentement	Personnel infirmier

2.4.1 Modification entraînant le message de renouvellement du consentement



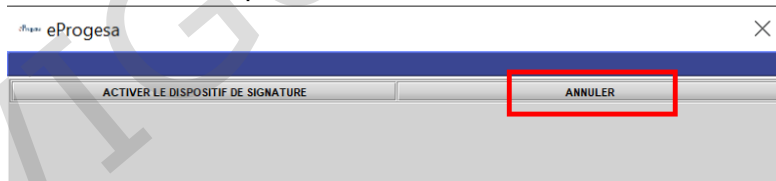
Lorsqu'une modification est effectuée au Questionnaire médical après la signature du consentement par le donneur, il n'est pas requis de resigner le consentement.

> Appuyer sur Non lorsque le message suivant s'affiche :

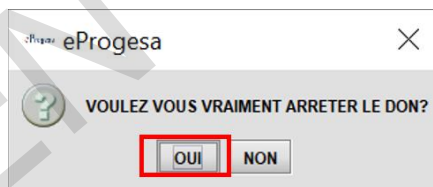


> Lorsque « OUI » est sélectionné, le consentement peut encore être conservé:

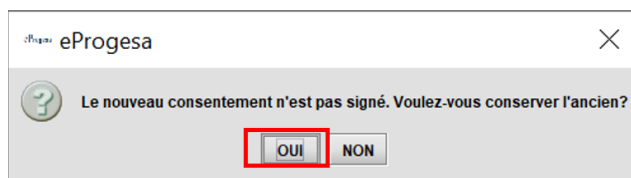
◆ Cliquer sur « Annuler » :



◆ Sélectionner « OUI » à la question « Voulez-vous vraiment arrêter le don? »:



◆ Cliquer sur « OUI » afin de conserver le consentement signé par le donneur :



ÉTAPE	RESPONSABLE
2.4 Consentement	Personnel infirmier

2.4.2 Suppression et régénération du consentement

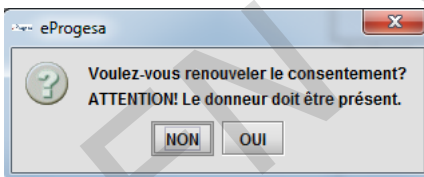


Le code d'interdiction CONS s'applique au dossier donneur lorsque le consentement n'a pas été signé. S'il s'agit d'une erreur et que le donneur est admissible, il est possible de le régénérer.


- > Supprimer le code d'interdiction CONS tel que décrit au point 1.8 Suppression d'une interdiction.
- > Enregistrer la consultation médicale, et ce même si aucune modification n'est nécessaire au QM.
- > Choisir l'option « Modification ».
- > Saisir avec le lecteur code à barres le numéro du donneur, à partir de sa carte de donneur Héma-Québec ou de l'étiquette d'identification du donneur.
- > Choisir l'option « SUITE (F8) ».
- > Ouvrir le QM en sélectionnant l'option *Questionnaire*.
- > Au besoin, effectuer la correction du dossier.

QUESTIONNAIRE (Alt-1) <-	DON HISTORIQUE (Alt-5)
Analyses et Questions supplémentaires (Alt-2)	VISU DONS (Alt-6)
COMMENTAIRE (Alt-3)	RESULTATS CONNUS (Alt-7)
INTERDICTIONS (Alt-4) <- A	PRODUITS DEMANDES (Alt-8)

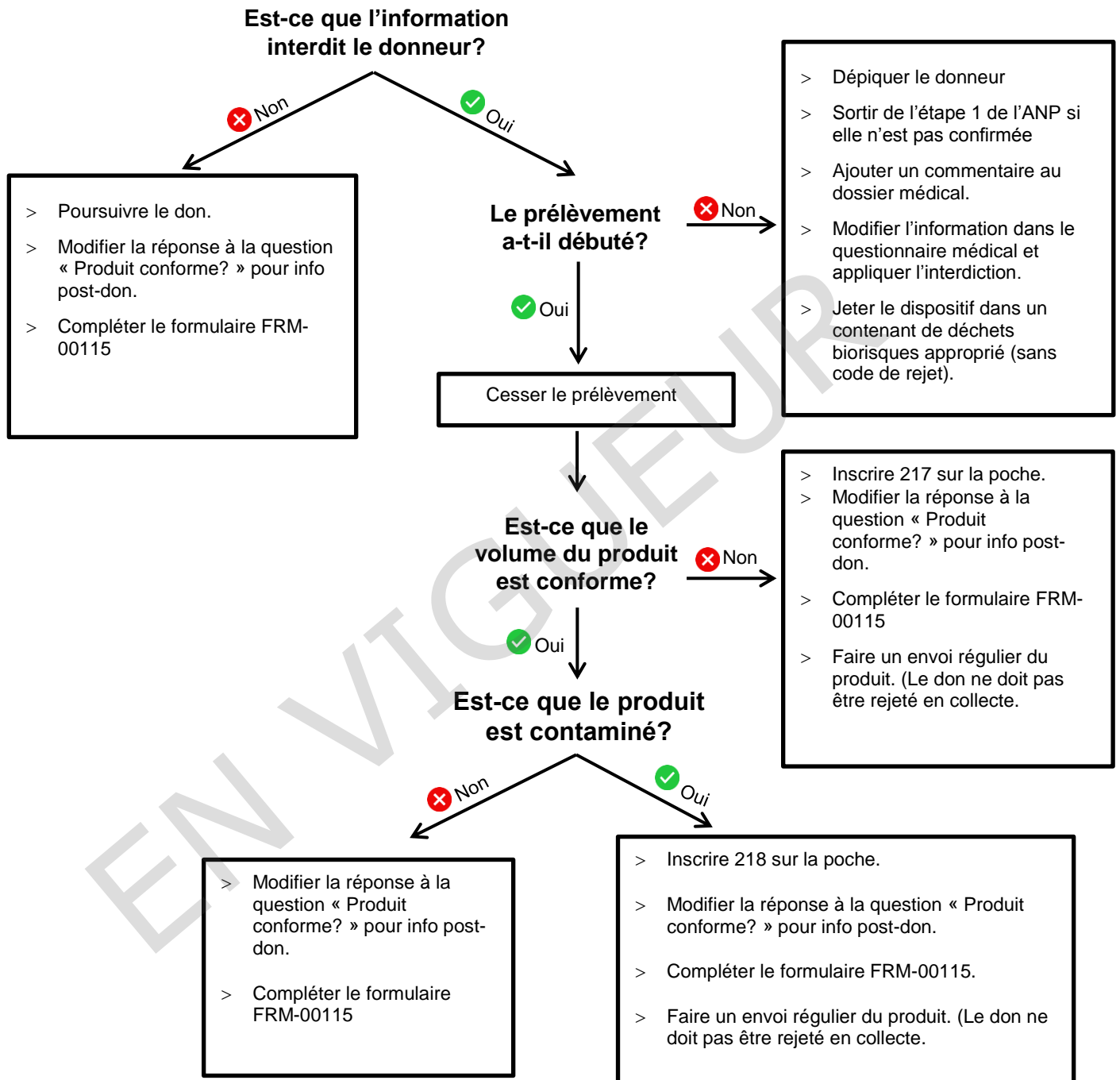
- > Dans tous les cas, enregistrer les modifications.
- > Répondre « OUI » à la question « Voulez-vous renouveler le consentement ? ».



- > Suivre les indications de l'étape *Consentement du donneur*.

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.5 Information reçue du donneur (donneur présent)	Personnel infirmier
<p>2.5.1 Généralité</p> <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Pour toutes informations reçues par le donneur pour laquelle il est impossible de modifier le questionnaire médical, compléter un formulaire FRM-00115 <i>Information supplémentaire liée au don/donneur</i>. Ex : information liée à un don passé, questionnaire médical non accessible (donneur absent).</p> </div> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > Contacter le CDD afin de les aviser de l'information post-don sur un produit. > Pour tous les produits liés à une information post-don, la réponse à la question « Produit conforme? » doit être modifiée pour « Info post-don/signalement » et ce même si le produit est contaminé (218) ou a un volume insuffisant (217). > Exception si l'envoi a été effectué et que le don est transféré sur la clé USB. Aviser le CDD de la situation sur le FRM-00115 car aucune analyse ne sera en attente. > Dès que le prélèvement est débuté (canule cassée ou appareil d'aphérèse démarré), le don doit suivre le processus d'envoi régulier pour appliquer le processus d'évaluation d'information post-don par le CDD. Le don ne doit pas être rejeté en collecte. > Suivre les étapes en fonction du moment où l'information du donneur a été reçue. <ul style="list-style-type: none"> ◆ 2.5.2 Information reçue avant le don : <ul style="list-style-type: none"> - L'entrevue de sélection est complétée (<i>Consultation médicale</i> enregistrée). ◆ 2.5.3 Information reçue pendant le don : <ul style="list-style-type: none"> - La ponction est effectuée. ◆ 2.5.4 Information reçue après le don : <ul style="list-style-type: none"> - Le prélèvement est terminé. Toutes les étapes de l'ANP sont complétées. <p>2.5.2 Information reçue avant le don</p> <ul style="list-style-type: none"> > Modifier l'information dans le questionnaire médical et appliquer l'interdiction (au besoin). 	

2.5.3 Information reçue pendant le don



ÉTAPE	RESPONSABLE
2.5 Information reçue du donneur (donneur présent)	Personnel infirmier
<p>2.5.4 Information reçue après le don</p> <ul style="list-style-type: none"> > Compléter un formulaire FRM-00115. > Contacter le CDD afin de les aviser de l'information post-don sur un produit. > Modifier la réponse à la question « Produit conforme? » pour « Info post-don/signalement ». 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.6 Donneur refusé par le directeur médical ou son délégué	Personnel infirmier
<p>2.6.1 Généralité</p> <ul style="list-style-type: none"> > Modifier la question #15 « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous consulté un médecin pour un problème de santé ou une chirurgie? » ou FH « Depuis votre dernier don, avez-vous eu un nouveau problème de santé ou une chirurgie? » du QM pour « <u>OUI</u> ». ◆ À la question 1E « Quelles sont les raisons de consultation chez le médecin dans les 6 derniers mois? » ou FM « Depuis votre dernier don, quel nouveau problème de santé ou quelle chirurgie avez-vous eu? », sélectionner « <u>Autre raison</u> ». ◆ À la question 2B « documenter la raison », préciser la raison dans le champ texte libre. (ex : refusé par (nom), raison, interdiction (délai + date début interdiction)) ◆ À la question 2C « Le donneur est-il admissible ? », sélectionner « Refusé selon le MCSD ». ◆ À la question 2D « Devez-vous faire une demande interne ou externe ? », sélectionner « NON ». > Ajouter manuellement l'interdiction REMD en fonction des dates et du délai mentionné par le directeur médical ou son délégué. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Saisir la date de début de l'interdiction. ◆ Saisir la date de fin. 	

Annexes

S/O

EN VIGUEUR

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Version du document	Le document passe de la version 5 à la version 7.	La version 6 a été créée dans SmartSolve, mais elle n'est jamais entrée en vigueur. La version 6 a été annulée dans SmartSolve selon l'IDT-00002 <i>Révision qualité, approbation, péremption et abandon d'un document contrôlé réglementé</i> car les changements n'ont pas été nécessaires.	S/O
Tout le document	Transfert vers le nouveau gabarit	Transfert vers le nouveau gabarit.	GAB-IDT-v3
Tout le document	ENR transformés en FRM : ENR-00206 est devenu FRM-00115 ENR-00211 est devenu FRM-00117	Nouvelle structure documentaire.	S/O
Tout le document	SCD (Service clientèle donneur) est remplacé par CDD (Conformité des dossiers donneurs).	Nouvelle appellation du service.	Organigramme organisationnel d'Héma-Québec.
1.6	Ajout d'une référence au FRM-00118 <i>External request for medical information</i>	Référence manquante.	S/O
1.7	Ajout de précisions : « Dans le cas d'un critère de sélection modifié par Héma-Québec, ces conditions doivent aussi être respectées » avec l'ajout d'une nouvelle condition : « Être l'un des codes d'interdiction suivants encore valides dans la SPE-00545 dont l'application des critères a été révisée permettant l'admissibilité des donneurs : 0270, 0115, 0900, 1702 et 1705 ».	L'application de certains codes d'interdiction d'Héma-Québec ont beaucoup évolués, permettant l'admissibilité des donneurs bien que les codes d'interdictions soient encore valides: <ul style="list-style-type: none"> • 0270 : cette interdiction est liée au critère Cœur, maladie de, MCAS (maladie cardiaque athéroscléropique), Embolisation, Pose de stent. Depuis 2019, l'application du critère a été modifié pour accepter les donneurs si le problème ou l'intervention sont survenus il y a moins de 12 mois. • 0115 : cette interdiction est liée au critère Hépatite étiologie inconnue. Depuis plusieurs années, l'application du critère est de 6 mois • 0900 : cette interdiction est liée au critère Cancer, autre cancer de la peau. Depuis plusieurs années, cette interdiction est de 5 ans après la fin du traitement. 	Comité des critères, Les critères en vigueur : MAN-00077[18] MAN-00082[22] MAN-00090[20] MAN-00092[9]

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
		<ul style="list-style-type: none"> • 1702 : cette interdiction est liée au critère Prostitution. Depuis plusieurs années, l'interdiction est d'un an. • 1705 : cette interdiction est liée au critère Relation sexuelle avec une personne infectée par le VIH. Depuis plusieurs années, l'interdiction est d'un an. 	
1.9	Ajout d'une nouvelle section « Plusieurs interdiction vaccin ou médication ayant le même code interdiction. »	<p>Une particularité d'ePROGESA existe, lorsque l'on a plus d'un vaccin ou plus d'un médicament ayant le même code d'interdiction (ex. Vivotif et Twinrix). Dans le questionnaire médical, une seule question supplémentaire s'affiche permettant d'inscrire une date, et lorsque l'on confirme le questionnaire, une fenêtre de confirmation d'interdiction s'ouvre. Cependant, la fenêtre qui s'ouvre comporte la date du jour au lieu de la date saisie dans la question supplémentaire du questionnaire médical. Afin d'indiquer la date de début correspondante à l'interdiction, il faut donc modifier la date du jour dans la fenêtre. Si la date n'est pas modifiée, le donneur peut se retrouver interdit plus longtemps que nécessaire.</p> <p>Cependant, la date de fin qui apparaît dans la fenêtre du code d'interdiction SMET ne doit pas être modifiée, comme déjà mentionné dans la section 1.4. de la présente IDT.</p>	Demande de service
Référence : OC-09107			

EN VUE

Numéro du document	IDT-00012 [3]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
PUB-00061	Information sur la prise de comprimés de fer
PUB-00062	Information about taking iron pills
SPE-00930	Programme de remplacement des pertes en fer après un don de sang chez les femmes noires
SPE-00931	Post-blood donation iron replacement program
ENR-00832	Nettoyage hebdomadaire de la centrifugeuse
FRM-00131	Requête pour analyse / Ferritine
PFN-00386	Méthodes de correction et généralités documentaires
IDT-00014	Équipements contrôlés utilisés en collecte mobile / centre fixe
PON-00002	PSL - Approvisionnement en dons et composants sanguins
IDT-00010	Prélèvement d'échantillons spécifiques sans don
IDT-00022	Centrifugation, entreposage et envoi des échantillons et dons d'un Plasmavie
IDT-00011	Programme destiné aux femme noire (FN) - Prise du taux d'hb à l'inscription
IDT-00005	Entrevue de sélection d'un donneur de sang total
IDT-00004	Inscription d'un donneur
IDT-00007	Prélèvement de sang total
IDT-00003	Ouverture d'une collecte mobile / centre fixe
FRM-00138	Échantillons pour Ferritine
PFN-00133	Utilisation et entretien des équipements par les utilisateurs

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	29-04-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	25-04-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	01-05-2024

TABLE DES MATIÈRES

Définitions.....	2
Mise en contexte.....	3
1 But du programme.....	3
1.1 But du programme.....	3
1.2 Généralité.....	3
2 Admission au programme FN.....	4
2.1 Saisi du taux d’hémoglobine.....	4
2.1.1 Hb \geq 12,5 g/dL.....	4
2.1.2 Hb entre 11,5 g/dL et 12,4 g/dL.....	5
2.2 Finaliser le Groupe 1.....	5
3 Prélèvement, envoi et centrifugation des échantillons.....	7
3.1 Prélèvement.....	7
3.1.1 Prélèvement de la ferritine avec don.....	7
3.2 Centrifugation des échantillons de ferritine.....	8
3.3 Emballage et envoi des échantillons à Héma-Québec.....	9
3.3.1 Envoi des objets.....	9
3.3.2 Emballage des tubes.....	9
4 Cas particuliers.....	10
4.1 Refus de participation.....	10
4.2 Interdiction permanente.....	10
4.3 Interdiction à l’Hb \leq 11.4g/dL ou VSTE \leq 3200 ml.....	11
4.4 Interdiction temporaire aux critères de sélection – hémoglobine \geq 11,5 g/dL.....	13
4.5 Prélèvement de la ferritine sans don.....	15
Annexes.....	16
Liste des modifications.....	17

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l’AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d’Héma-Québec.

Procédure(s) opératoire(s) normalisée(s) (PON) de référence

Numéro du document	TITRE
PON-00002	Approvisionnement en dons et composants sanguins

Icônes et indicateurs :



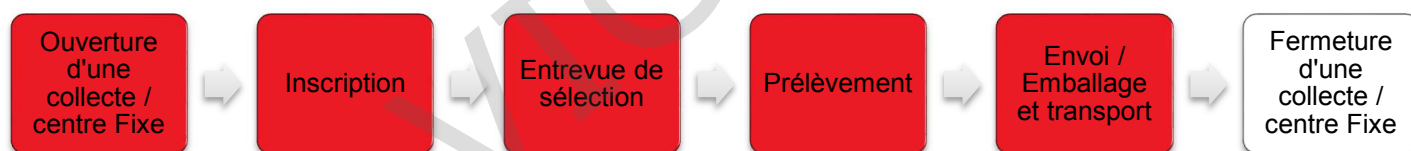
Lorsqu'un avertissement doit être donné.



Information complémentaire visant à améliorer la compréhension.

Processus

PSL – Approvisionnement en dons et composants sanguins.



Matériel, équipement et logiciel

S/O

Définitions


S/O

Mise en contexte

S/O ☒

1 But du programme

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 But du programme	S/O
<ul style="list-style-type: none"> > Chez les femmes noires/métisses, le taux d'hémoglobine est naturellement plus bas que celui exigé par le critère de qualification d'Héma-Québec (12,5 g/dL). > Le but de ce programme est de permettre à une majorité de femmes noires d'être régulièrement admissibles au don de sang total sans affecter leur santé par les moyens suivants : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Abaisser le critère de qualification pour le taux d'hémoglobine à 11,5 g/dL. ◆ Remplacer le fer perdu lors d'un don de sang total par des comprimés de fer à prendre, selon la posologie indiquée. > L'intégration de ces nouvelles donneuses permettrait de mieux répondre aux besoins en sang de certaines personnes issues de la communauté noire. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.2 Généralité	Personnel formé sur le programme
<hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Toutes les femmes noires peuvent participer au programme, si elles effectuent leur don dans un centre fixe ciblé ou sur une collecte de sang ciblé.</p> </div> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > A l'inscription, proposer à la donneuse de participer au programme. > Si la donneuse accepte de participer, lui remettre la SPE-00930 <i>Programme de remplacement des pertes en fer après un don de sang chez les femmes noires</i> ou SPE-00931 <i>Post-blood donation iron replacement program</i>. 	

2 Admission au programme FN

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.1 Saisi du taux d'hémoglobine	Personnel formé sur le programme



Procéder à l'entrevue de sélection telle que spécifiée dans l'IDT-00005 *Entrevue de sélection d'un donneur de sang total*. Suivre les particularités ci-dessous afin de bien compléter le *Groupe 1* pour une femme noire qui participe au programme.

- > Réviser les réponses du questionnaire médical au *Groupe 2* avec la donneuse.
- > Enregistrer F7 le questionnaire médical.
 - ◆ Le *Groupe 1* s'affiche.


2.1.1 Hb ≥ 12,5 g/dL

- > Saisir le résultat de l'hémoglobine.
- > Répondre à la question KB liée au programme.

KB	Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer?.	
----	--	--

- ◆ Réponses possibles :


Paramétrage code / libellé		Explications
10001	Collecte non ciblée	Collecte n'ayant pas de kit de ferritine (centrifugeuse, comprimés de fer, etc.).
10002	Non éligible	Si la donneuse est d'origine AUTRE que noire / métisse. Remarque : Cette réponse sera reportée lors des dons subséquents.
10003	Oui – elle participe	Donneuse accepte de participer. Remarque : Cette réponse déclenchera la suite du processus.
10004	Recontacter avec plus d'info	Incertaine si elle participera ou non; elle a toutefois un intérêt pour le programme.
10005	Refus	Ne désire pas participer aujourd'hui, mais pourrait le faire lors de sa prochaine visite.

ÉTAPE	RESPONSABLE						
2.1 Saisi du taux d'hémoglobine	Personnel formé sur le programme						
<p>2.1.2 Hb entre 11,5 g/dL et 12,4 g/dL</p> <ul style="list-style-type: none"> > La donneuse est admissible au don de sang seulement si elle participe au programme. > Saisir le résultat de l'hémoglobine. <hr/> <p> Se référer aux cas particuliers si le résultat d'hémoglobine est inférieur à $\leq 11,4$ g/dL ou s'il y a présence d'interdiction au Groupe 2.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > Répondre « OUI » à la question supplémentaire liée au programme et poursuivre le processus. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 2px;">ET</td> <td style="width: 70%; padding: 2px;">Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer suite à un don de sang?</td> <td style="width: 25%; padding: 2px; text-align: center;">O/N</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> > Cette saisie complète automatiquement la question KB. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 2px;">KB</td> <td style="width: 60%; padding: 2px;">Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer?:</td> <td style="width: 35%; padding: 2px;">Oui-elle participe</td> </tr> </table>		ET	Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer suite à un don de sang?	O/N	KB	Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer?:	Oui-elle participe
ET	Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer suite à un don de sang?	O/N					
KB	Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer?:	Oui-elle participe					

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.2 Finaliser le Groupe 1	Personnel formé sur le programme
<ul style="list-style-type: none"> > Au besoin, saisir la taille (cm) et le poids (kg) de la donneuse. > Répondre aux questions supplémentaires reliées au programme FN. 	

ÉTAPE		RESPONSABLE
2.2 Finaliser le Groupe 1		Personnel formé sur le programme
KD	Quand se sont terminées vos dernières menstruations?	<p>> Vérifier que les comprimés ont une date de péremption valide jusqu'à la dernière prise de comprimé.</p> <p>> Remettre la PUB-00061 / PUB-00062 (anglais) <i>Information sur la prise de comprimés de fer</i> à la donneuse.</p> <p>> Prendre la température.</p> <p>> Compléter le <i>Groupe 1</i> et enregistrer.</p> <p>> Faire lire et signer le consentement dans ePROGESA.</p> <p>> Documenter le type de dispositif au champ <i>TYPE de POCHE</i>.</p> <p>> Confirmer le volume à prélever.</p> <p>> Enregistrer la <i>Consultation médicale</i>.</p>
KE	À quelle fréquence êtes-vous menstruée habituellement?	
KF	Combien de jours en moyenne, avez-vous des pertes de sang abondantes?	
KG	Combien de jours en moyenne, avez-vous des pertes de sang légères?	
KH	Lors de votre dernière participation, nous vous avons offert des comprimés de fer. Combien en avez-vous pris?	
KJ	Pourquoi n'avez-vous pas pris tous les comprimés de fer qui vous ont été offerts?	
KI	Avez-vous eu des malaises après la prise des comprimés? Si oui, lesquels?	
KL	Employé HQ: Avez-vous remis les comprimés de fer à la donneuse?	

3 Prélèvement, envoi et centrifugation des échantillons

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.1 Prélèvement	Personnel formé sur le programme
<p>3.1.1 Prélèvement de la ferritine avec don</p> <hr/> <p> Procéder au prélèvement tel que spécifié dans l'IDT-00007 <i>Prélèvement de sang total</i>. Suivre les particularités ci-dessous pour le prélèvement des échantillons.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > Apposer une étiquette de numéro de don sur : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Un tube à bouchon jaune 5 ml. ◆ Le FRM-00131 <i>Requête pour analyse / Ferritine</i>. > Prélever en premier le tube à bouchon jaune 5 ml. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ce tube remplace le tube mauve à l'étiquette mauve. > Compléter l'ANP selon la procédure de prélèvement. <ul style="list-style-type: none"> ◆ À la question « <i>Nombre de tubes prélevés?</i> », répondre « <i>B : Tube(s) manquants</i> ». > Compléter le FRM-00131 <i>Requête pour analyse / Ferritine</i>. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Heure de prélèvement = Heure réelle de prélèvement du tube. > Inverser complètement le tube 10 fois. <p>Conserver l'échantillon pour ferritine sur un portoir avec la requête et le jeu d'étiquettes de numéro de don.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.2 Centrifugation des échantillons de ferritine	Personnel formé sur le programme

3.2.1 Repos des échantillons ferritine

- > Laisser au repos au minimum 30 minutes suivant l'heure de prélèvement.
- > L'échantillon doit être centrifugé à l'intérieur de 2 heures suivant l'heure de prélèvement.

3.2.2 Centrifugation





Voir le tableau ci-dessous pour la vitesse de centrifugation des tubes.

- > Vérifier la concordance du numéro de don entre :
 - ◆ Le jeu d'étiquettes.
 - ◆ Le FRM-00131 *Requête pour analyse/Ferritine*.
 - ◆ Le tube à bouchon jaune.
- > Compléter le FRM-00138 *Échantillons pour ferritine*.
- > Vérifier que les délais et la vitesse de centrifugation sont respectés.



FERRITINE – PROGRAMME 2	
Centrifugeuse	Paramètres de centrifugation
HETTICH EBA 21	Tourner à 3730 RPM¹ pour 6 minutes
THERMO IEC CL10	Tourner à 3010 RPM¹ pour 10 minutes
HETTICH EBA 200	Tourner à 4080 RPM¹ pour 6 minutes
HETTICH EBA 280	Tourner à 3370 RPM¹ pour 6 minutes


¹RPM : Rotations par minute

- > Toutes les étiquettes non utilisées doivent être détruites ou les rendre inutilisables à la fin du processus.
- > Pour l'utilisation de la centrifugeuse, se référer à IDT-00014 *Équipements contrôlés utilisés en collecte mobile / centre fixe* et la PFN-00133 *Utilisation et entretien des équipements par les utilisateurs*.

ÉTAPE	RESPONSABLE
<p>3.3 Emballage et envoi des échantillons à Héma-Québec</p>	<p>Personnel formé sur le programme</p>
<p>3.3.1 Envoi des objets</p> <ul style="list-style-type: none"> > Échantillons avec don : <ul style="list-style-type: none"> ◆ L'envoi des objets dans ePROGESA est déjà fait lors du traitement du don. > Échantillons sans don : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Effectuer l'envoi des objets dans ePROGESA pour échantillons spécifiques : > Joindre à l'envoi le FRM-00131 <i>Requête pour analyse / Ferritine</i> et le FRM-00138 <i>Échantillons pour ferritine</i>. > Identifier la boîte (ou portoir pour l'unité mobile) avec l'étiquette « <i>Programme de remplacement des pertes en fer pour les femmes noires</i> ». <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Garder le tube ferritine lorsque la situation nécessite un envoi biorisque pour le don (Rejet 217 ou 218) et l'acheminer au laboratoire. Un envoi « Échantillon spécifique » n'est pas requis dans cette situation.</p> </div> <hr/> <p>3.3.2 Emballage des tubes</p> <ul style="list-style-type: none"> > Référer à IDT-00008 <i>Emballage et transports des dons d'une collecte/unité mobile ou d'un Globule</i> ou à IDT-00022 <i>Centrifugation, entreposage et envoi des échantillons et dons d'un Plasmavie</i>. > Les tubes à bouchon jaune doivent être séparés des autres tubes. <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Seuls les tubes de ferritine prélevés et emballés le jour du transport ne requièrent pas de refroidissement. Les dons et tubes de qualifications associés sont emballés pour le transport suivant.</p> </div>	

4 Cas particuliers

ÉTAPE	RESPONSABLE			
4.1 Refus de participation	Personnel formé sur le programme			
<p> À tout moment, la donneuse peut refuser de participer au programme.</p> <hr/> <p>> Lors d'un refus de participation avec un taux d'hémoglobine entre 11,5 g/dL et 12,4 g/dL :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Saisir la réponse « NON » à la question liée au programme. <table border="1" data-bbox="215 856 1317 961"> <tr> <td>ET</td> <td>Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer suite à un don de sang?</td> <td>O/N</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Au besoin, confirmer dans ePROGESA que la donneuse a été avisée. ◆ Sélectionner « Enreg + Quitter (F11) ». ◆ Confirmer l'interdiction et la quantité à prélever à « -1 ml ». ◆ Fin du processus. <hr/> <p> Il n'y a aucun prélèvement possible (ni don, ni échantillon, ni remise de comprimé).</p>		ET	Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer suite à un don de sang?	O/N
ET	Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer suite à un don de sang?	O/N		

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.2 Interdiction permanente	Personnel formé sur le programme
<p> Lors d'une interdiction permanente liée aux critères de sélection, la donneuse ne peut pas participer au programme. Ne pas prélever (ni don, ni tube, remise de comprimés de fer).</p> <hr/> <p>> Finaliser l'entrevue selon l'IDT-00005 <i>Entrevue de sélection d'un donneur de sang total</i>.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.3 Interdiction à l’Hb ≤ 11.4g/dL ou VSTE ≤ 3200 ml	Personnel formé sur le programme



Lorsque l’hémoglobine de la donneuse est ≤ 11.4 g/dL ou qu’il s’agit d’une donneuse de moins de 23 ans avec un VSTE ≤ 3200 ml, la donneuse peut tout de même faire partie du programme. Un échantillon de ferritine sera prélevé et des comprimés de fer lui seront remis dans l’optique qu’elle devienne admissible une fois l’interdiction terminée.

- > Saisir le résultat de l’hémoglobine.
- > Répondre « OUI » à la question KA.
 - ◆ Les questions supplémentaires FD et KB se compléteront automatiquement.

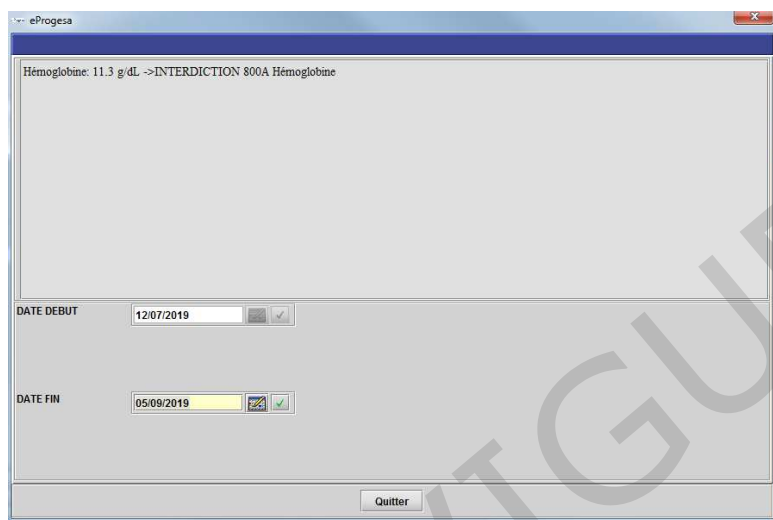
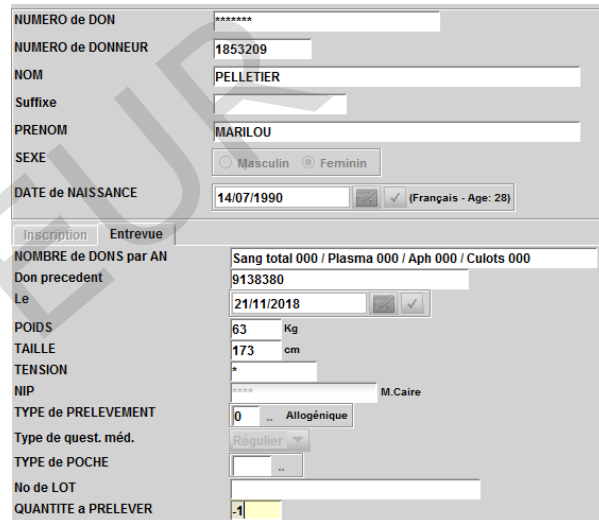
KA	Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer et qui accepte qu'on lui prélève un tube pour la ferritine?	Oui
FD	Sélectionnez toutes les raisons pour ce prélèvement de tubes	Ferritine
EN	Hémoglobine basse - Critère Femmes avec Hb < 12,0 g/dL. Veuillez aviser la donneuse et lui remettre le document approprié (sauf don autologue).	Donneur avisé
A3	Taille du donneur (en cm):	173 cm
A4	Poids du donneur (en kg):	61 kg
J6	Volume sanguin total (VST):	4045 mL
KB	Est-ce une femme noire, dans une collecte ciblée, qui accepte de faire partie du programme de remplacement des pertes en fer?.	Oui-elle participe
KD	Quand se sont terminées vos dernières menstruations?	

- > Confirmer que la donneuse a été avisée.
- > Au besoin, saisir la taille (cm) et le poids (kg) de la donneuse.
- > Répondre aux questions supplémentaires reliées au programme FN.
- > Vérifier que les comprimés ont une date de péremption valide jusqu’à la dernière prise de comprimé.
- > Remettre la PUB-00061/PUB-00062 (anglais) *Information sur la prise de comprimés de fer* à la donneuse.
- > Prendre la température.
- > Documenter s’il y a des traces d’injection de drogues sur les bras.
- > Modifier la réponse à la question HJ « *Non modifiée* » pour « *7 échantillons – analyses spécifiques* » :

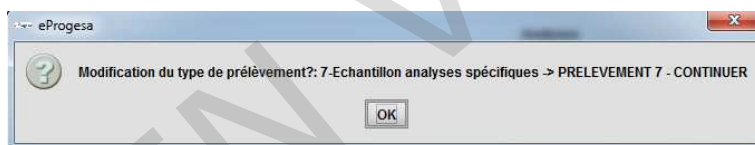
HJ	Modification du type de prélèvement?:	7-Echantillon analyses spécifiques
----	---------------------------------------	------------------------------------

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.3 Interdiction à l'Hb ≤ 11.4g/dL ou VSTE ≤ 3200 ml	Personnel formé sur le programme

- > Enregistrer F7.
- > Faire lire et signer le consentement dans ePROGESA.
- > Confirmer l'interdiction qui s'affiche et la quantité à prélever « -1 ml ».
 - ◆ S'il y a des interdictions temporaires liées aux critères de sélection, elles s'afficheront aussi.
 - ◆ **Important** de ne pas supprimer l'interdiction.

- > Confirmer la modification du type de prélèvement.



- > Compléter les questions supplémentaires liées aux ordonnances.

KQ	Quel type d'ordonnance médicale y a-t-il pour ce prélèvement de tubes?:	
----	---	--

- > L'interdiction s'affiche à nouveau. Confirmer l'interdiction.
- > Enregistrer F7.
- > Procéder au prélèvement selon le point 4.5 Prélèvement de ferritine sans don.

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.4 Interdiction temporaire aux critères de sélection – hémoglobine \geq 11,5 g/dL	Personnel formé sur le programme



Lorsqu'une donneuse se voit interdite de façon temporaire pour un critère de sélection, celle-ci peut tout de même faire partie du programme. Un échantillon de ferritine sera prélevé et des comprimés de fer lui seront remis.

- > Réviser les réponses du questionnaire médical au *Groupe 2* avec la donneuse.
 - ◆ Malgré la présence d'une interdiction temporaire au Groupe 2, ne pas sélectionner « Enreg + Quitter (F11) ».



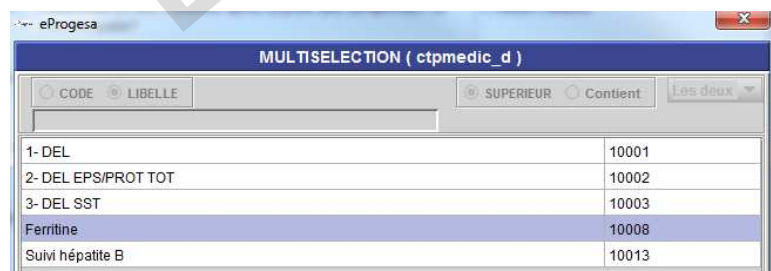
Ne pas « Enreg + Quitter (F11) » afin de ne pas générer l'interdiction avant d'avoir complété les questions reliées au programme dans le groupe 1. Dans de tels cas, il ne faut pas sortir du dossier du donneur, car le groupe 1 ne sera plus accessible.

- > Enregistrer F7
 - ◆ Le système bascule dans le *Groupe 1*.
- > Compléter toutes les questions du *Groupe 1*.
- > Vérifier que les comprimés ont une date de péremption valide jusqu'à la dernière prise de comprimé.
- > Remettre la PUB-00061 *Information sur la prise de comprimés de fer* ou PUB-00062 *Information about taking iron pills* à la donneuse.
- > Modifier la réponse à la question HJ « *Non modifiée* » pour « *7 échantillons – analyses spécifiques* » :

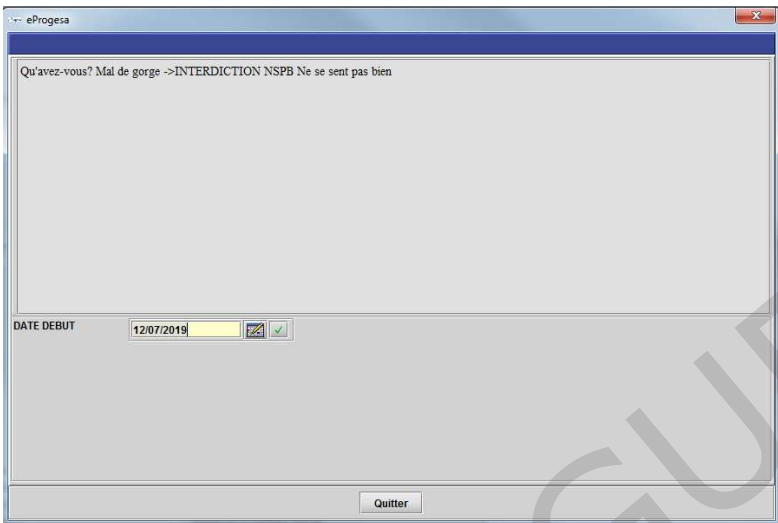
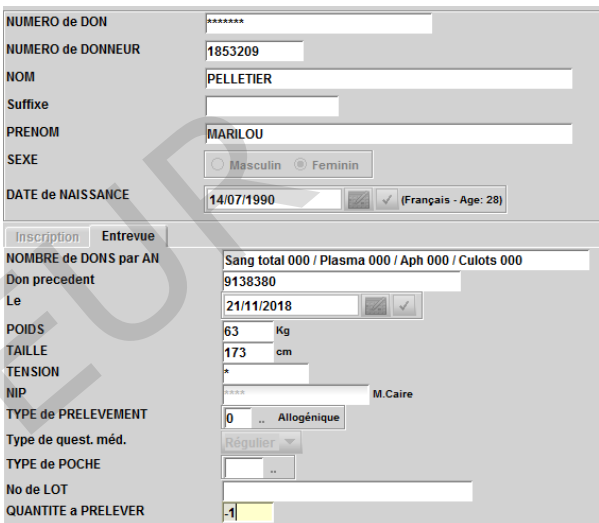
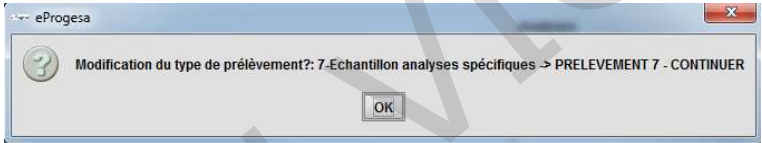
HJ	Modification du type de prélèvement?	7-Echantillon analyses spécifiques
----	--------------------------------------	------------------------------------


- > Répondre « Ferritine » à la question liée au prélèvement de tubes.

FD	Sélectionnez toutes les raisons pour ce prélèvement de tubes	
----	--	--



- > Enregistrer F7.

ÉTAPE	RESPONSABLE
<p>4.4 Interdiction temporaire aux critères de sélection – hémoglobine \geq 11,5 g/dL</p>	<p>Personnel formé sur le programme</p>
<p>> Faire lire et signer le consentement dans ePROGESA.</p> <p>> Confirmer l'interdiction qui s'affiche et la quantité à prélever.</p> <p>◆ Important de ne pas supprimer l'interdiction.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  </div> <div style="width: 45%;">  </div> </div> <p>> Confirmer la modification du type de prélèvement.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  </div> </div> <p>> Compléter les questions supplémentaires liées aux ordonnances.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p>KQ</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Quel type d'ordonnance médicale y a-t-il pour ce prélèvement de tubes?:</p> </div> <div style="width: 35%; background-color: yellow;"></div> </div> <p>> L'interdiction s'affiche à nouveau. Confirmer l'interdiction.</p> <p>> Enregistrer F7.</p> <p>> Procéder au prélèvement selon le point 4.5 <i>Prélèvement de ferritine sans don.</i></p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
<p>4.5 Prélèvement de la ferritine sans don</p>	<p>Personnel formé sur le programme</p>
<hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>Procéder au prélèvement tel que spécifié dans l'IDT-00010 <i>Prélèvement d'échantillons spécifiques sans don</i>. Suivre les particularités ci-dessous pour le prélèvement de l'échantillon.</p> </div> </div> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > Apposer une étiquette de numéro de don sur : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Un tube à bouchon jaune 5 ml. ◆ Le FRM-00131 <i>Requête pour analyse / Ferritine</i>. > Préléver le tube à bouchon jaune 5 ml. > Compléter l'ANP processus <i>DEL</i>. > Compléter le FRM-00131 <i>Requête pour analyse / Ferritine</i>. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Heure de prélèvement = Heure réelle de prélèvement du tube. > Inverser complètement le tube 10 fois. > Conserver l'échantillon pour ferritine sur un portoir avec la requête et le jeu d'étiquettes de numéro de don. 	

EN VIGILANCE

Annexes

S/O

EN VIGUEUR

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

Liste des modifications

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Tout	Transfert dans le nouveau gabarit	Mise en vigueur d'un nouveau gabarit	GAB-IDT-v3
Tout	Remplacer ENR-02376 par FRM-00131 et ENR-02179 par FRM-00138.	Nouvelle structure documentaire (nouveau gabarit FRM).	CC-PRB-02128
1.2, 2 ^e puce	Ajout de titre pour la SPE-00931.	Information manquante.	S/O
2.2, 5 ^e puce	Retrait de la prise de tension artérielle.	L'étude AMI-2140 a démontrée qu'il n'y a aucune association observée entre une valeur de tensions artérielle hors norme et un risque de réaction vasovagale ou complication cardiovasculaire majeure. En conséquence, la prise de la tension artérielle est retirée.	CC-PRB-02044
4.3, 8 ^e puce			
4.4, 5 ^e puce	Ajout de titre pour la PUB-00062.	Information manquante.	S/O
Référence : OC-08968			

EN VIGUEUR

Numéro du document	IDT-00020 [8]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Salon des donneurs de plasma
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
PUB-00105	Personnes trans et non binaires : Ce que vous devez savoir
PUB-00106	Trans and non-binary donors : What you should know
PON-00002	PSL - Approvisionnement en dons et composants sanguins
IDT-00010	Prélèvement d'échantillons spécifiques sans don
PUB-00076	Carte de rendez-vous été - hiver (anglais)
PUB-00075	Carte de rendez-vous été - hiver (français)
IDT-00006	Entrevue de sélection - Interdictions / Particularités
DIR-01383	Prélèvement de tubes supplémentaires pour l'analyse de typage HLA chez les donneurs de plaquettes d'aphérèse et plasma

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	25-04-2024
Direction médicale	Isabelle Rabusseau	23-04-2024
Assurance qualité	Jacinthe Durand	02-05-2024

TABLE DES MATIÈRES

Matériel, équipement et logiciel.....	2
Définitions.....	3
Mise en contexte.....	4
1 Accès au dossier donneur.....	4
1.1 Accès au dossier.....	4
1.1.1 Vérification / modification du dossier donneur.....	5
1.2 QMLS complété sur le web.....	7
1.2.1 Particularité pour un nouveau donneur.....	7
2 Groupe 2 – Révision du QM.....	8
2.1 Révision du questionnaire médical Groupe 2.....	8
2.2 Questionnaire avec interdiction.....	9
3 Groupe 1 – Questionnaire technique et finalisation de la consultation médicale.....	10
3.1 Questionnaire médical – Groupe 1.....	10
3.2 Finalisation de l'entrevue de sélection.....	14
3.2.1 Consentement.....	14
3.2.2 Finalisation de la consultation médicale.....	14
4 Cas particuliers.....	15
4.1 Donneur trans, non binaire ou en processus de transition.....	15
4.2 Donneur analphabète/Non-voyant.....	15
4.3 Donneur sourd et/ou muet sans interprète.....	16
4.4 Donneur sourd et/ou muets avec service d'interprétariat.....	16
4.5 Échantillons spécifiques sans don.....	17
4.6 QM complété en cabine.....	17
4.7 Rétrogradation à la demande du donneur.....	18
Annexes.....	19
ANNEXE 1 – CODE DE COLLECTE ET CODE D'INITIALISATION.....	19
ANNEXE 2 – MESURE DU TAUX D'HÉMOGLOBINE.....	20
ANNEXE 3 – PRISE DES SIGNES VITAUX.....	24

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

Liste des modifications 26

Procédure(s) opératoire(s) normalisée(s) (PON) de référence

Numéro du document	TITRE
PON-00002	Approvisionnement en dons et composants sanguins

Icônes et indicateurs :



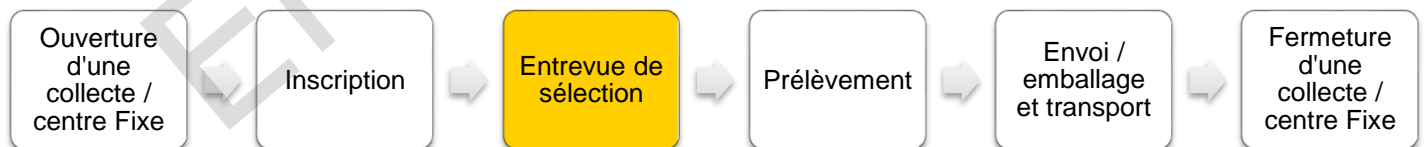
Lorsqu'un avertissement doit être donné.



Information complémentaire visant à améliorer la compréhension.

Processus

PSL - Approvisionnement en dons et composants sanguins



Matériel, équipement et logiciel

S/O

> Hémoglobinomètre



ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE PLASMA DE FRACTIONNEMENT

IDT-00020[8]

Vigueur : 02-06-2024

Page 3 de 26

- > Compresses non stériles
- > Gants (au besoin)
- > Tampons antiseptiques (alcool isopropylique 70%)
- > Ruban adhésif
- > Moniteur de signes vitaux
- > Microcuvette
- > Autopiqueur stérile à usage unique
- > Pèse-personne
- > Protège-sonde à thermomètre

Définitions

S/O

- > ANP : assistant numérique personnel
- > QM : Questionnaire médical
- > QMLS : Questionnaire médical libre-service
- > MCSD : Manuel de critère de sélection des donneurs
- > VST : Volume sanguin total
- > PVT : Prélèvement

Mise en contexte

S/O



Au besoin, expliquer au donneur les étapes du processus. Lui transmettre les explications appropriées et répondre à ses questions.



Mettre fin au processus si le donneur ne peut comprendre une étape en raison d'une barrière linguistique ou d'un autre motif. Ajouter l'interdiction appropriée.

Le donneur peut retourner en tout temps en cabine afin de rectifier une information. Pour une information post-don consulter l'IDT-00006 *Entrevue de sélection - Interdiction / Particularités*.

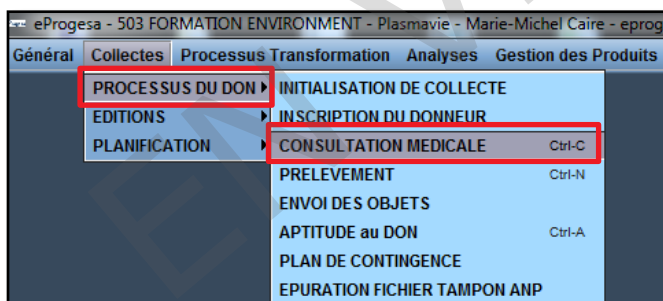
1 Accès au dossier donneur

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Accès au dossier	Personnel infirmier PCS2



Le code d'initialisation de la collecte doit avoir été créé au préalable.

> Accéder à ePROGESA sur le site 0562, au programme *Consultation médicale*.



> Choisir l'option « Création ».

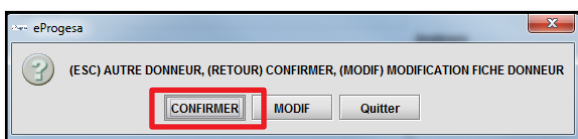
> Sélectionner l'option « Pas d'imprimante de disponible ».

> Saisir le code d'initialisation du site (voir l'Annexe 1).

> Saisir avec le lecteur code à barres le numéro du donneur, à partir de sa carte de donneur Héma-Québec ou de l'étiquette d'identification du donneur.

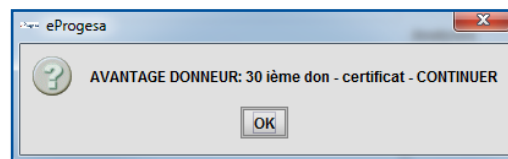
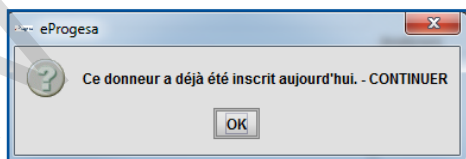
ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Accès au dossier	Personnel infirmier PCS2

- ◆ Le dossier et la fenêtre suivante s'affichent :



- > Vérifier l'identité du donneur à l'aide de :
 - ◆ Nom, prénom;
 - ◆ Date de naissance;
 - ◆ Sexe.
- > Vérifier la photo au dossier, si présente.
- > Plasmavie, si le donneur porte un masque, lui demander de le retirer afin de valider son identité.
- > Plasmavie, procéder à la vérification du dossier donneur selon le point 1.1.1.
- > Globule, au besoin, consulter le point 1.1.1 afin de corriger le nom/prénom seulement.
- > Confirmer la vérification de l'identité en cliquant sur « Confirmer » et passer au point 2.1 *Révision du questionnaire médical Groupe 2* ou au point 1.2 pour un donneur avec un QMLS complété sur le web.

De l'information sous forme de messages peut apparaître.
Lire celui-ci et cliquer sur « OK ». Exemple :

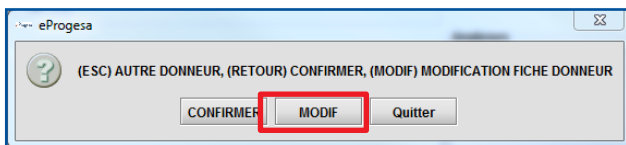


- > Confirmer que le type de prélèvement est approprié.
- > Dans le cas où le donneur a un questionnaire abrégé, confirmer le « Type de questionnaire médical ».

1.1.1 Vérification / modification du dossier donneur

- > Choisir l'option « MODIF ».

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Accès au dossier	Personnel infirmier PCS2



- ◆ Le programme bascule vers *Gestion du donneur*.
- > Confirmer qu'il s'agit bien du dossier du donneur.
- > Valider la conformité des renseignements personnels du dossier avec le donneur.
 - ◆ Au besoin, effectuer les corrections et/ou les ajouts nécessaires.
 - ◆ Au besoin, ajouter ou modifier la photo au dossier avec l'accord du donneur.
 - ◆ Vérifier et mettre à jour le champ « PVT à privilégier ».

Pour les modifications de nom et prénom, seuls les changements mineurs concernant une erreur d'orthographe peuvent être effectués sans aviser le gestionnaire. Par exemple, il est possible de retirer les caractères spéciaux dans le nom et le prénom lorsqu'une preuve (pièce d'identité) est disponible.



Il est aussi possible de modifier le nom de jeune fille lorsqu'une photo est présente au dossier du donneur, à l'aide des nouvelles informations présentes sur la pièce d'identité.

Pour toute autre modification ou pour une modification du sexe, le changement doit être effectué avec une non-conformité. Aviser le gestionnaire ou son délégué.



Si le donneur n'a pas toutes ses données démographiques, ce dernier peut tout de même faire un don si des informations présentes au dossier nous permette de le contacter.

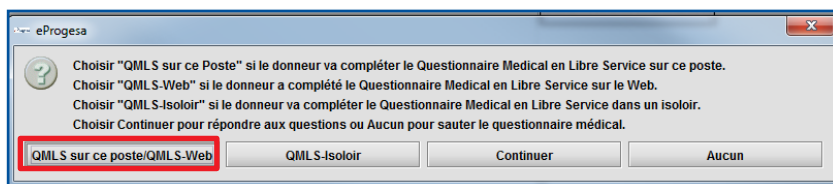
-
- > Une fois la vérification terminée et confirmée, choisir « Quitter ».
 - ◆ Le programme bascule à nouveau en *Consultation médicale*.

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.2 QMLS complété sur le web	Personnel infirmier PCS2

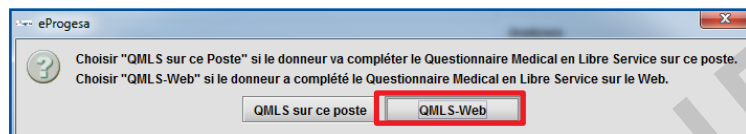


Le donneur peut se présenter avec le formulaire en version papier ou sur un outil portable (téléphone, tablette, etc.).

> À la fenêtre suivante, sélectionner « QMLS sur ce poste/QMLS Web ».



> Sélectionner le « QMLS-Web ».



> Saisir avec le lecteur code à barres, le code-barres 2D sur le formulaire.

> Vérifier si, suite à l'intégration, plusieurs questions s'affichent comme non répondues.

> Cliquer sur ENREG puis vérifier le champ

Type de quest. méd.

- ◆ Si abrégé : modifier pour Régulier.
- ◆ Si régulier : aucune correction possible.

> Intégrer ensuite le QMLS web à nouveau.

1.2.1 Particularité pour un nouveau donneur

> Demander au donneur de lire la PUB-00033 *Liste des pays pour les nouveaux donneurs avec QMLS Web* ou PUB-00034 *Countries list for new donors using online questionnaires* et de vous aviser si :

- ◆ Il a voyagé ou résidé de 1980 à 2007 dans l'un des pays de cette liste.

> Lorsque la réponse du donneur est OUI : compléter la question correspondante dans le questionnaire.

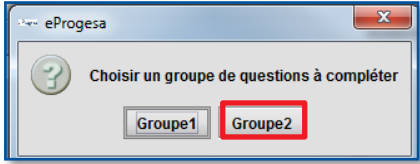


Si le donneur a complété le mauvais QMLS web, les questions spécifiques à son type de don devront être complétées.

Si le donneur a complété son QMLS web et qu'il débute un QMLS sur le site de la collecte, seul le QMLS en collecte sera pris en compte par ePROGESA.

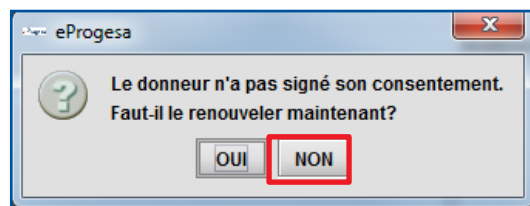
> Passer au point 2.1 *Révision du questionnaire médical Groupe 2*.

2 Groupe 2 – Révision du QM

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.1 Révision du questionnaire médical Groupe 2	Personnel infirmier PCS2
<p>> Sélectionner le « Groupe 2 »</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px 0;">  </div> <p>> Confirmer chacune des réponses du donneur pour les questions à révision obligatoire.</p> <hr/> <div style="display: flex; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;"> i </div> <div> <p>Le curseur se positionnera automatiquement dans le champ des questions à révision obligatoire. Au besoin, modifier la réponse.</p> </div> </div> <hr/> <p>> Compléter avec le donneur toutes questions qui seraient non répondues.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ La question « êtes-vous? » n'est pas obligatoire. <p>> Vérifier les questions avec une réponse « OUI » (surlignées) et compléter les sous-questions associées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Se référer au manuel des critères de sélection des donneurs (MCSD). ◆ Documenter les réponses en fonction du MCSD. ◆ Au besoin, consulter le dossier médical ou les interdictions via l'option « SUITE (F8) ». ◆ Au besoin, consulter l'IDT-00006 <i>Entrevue de sélection - Interdictions / Particularités</i>. <p>> Enregistrer les réponses à la fin de la révision du questionnaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ La fenêtre des questions « Groupe 1 » s'ouvre automatiquement. <p>> Passer au point 3.1 <i>Questionnaire médical groupe 1</i> si aucune question n'entraîne d'interdiction.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.2 Questionnaire avec interdiction	Personnel infirmier PCS2

- > Si une ou plusieurs réponses du QM entraînent une interdiction, cliquer sur « Enreg+Quitter (F11) ».
 - ◆ Appuyer sur « ENTRÉE » pour confirmer la date de début d'interdiction.
 - ◆ Appuyer sur « ENTRÉE » pour confirmer la date de fin d'interdiction.
- > Expliquer au donneur chacune des interdictions et les délais.
- > Confirmer la quantité à « -1 ml ».
- > Enregistrer la *Consultation médicale*.
- > Saisir non à la question ci-dessous puisque le donneur ne sera pas prélevé.






- > Au besoin, consulter l'onglet *Interdiction* (Alt+4) afin d'expliquer les interdictions mises à son dossier.






QUESTIONNAIRE (Alt-1) <-	DON HISTORIQUE (Alt-5)
Analyses et Questions supplémentaires (Alt-2) <-	VISU DONNS (Alt-6)
COMMENTAIRE (Alt-3)	RESULTATS CONNUS (Alt-7)
INTERDICTIONS (Alt-4) <- A	PRODUITS DEMANDES (Alt-8)



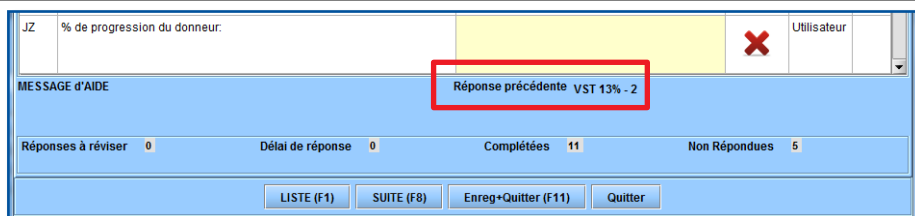
La présence d'un « <-A » à droite de l'onglet *Interdictions* signifie qu'une ou plusieurs interdictions sont actives au dossier.

3 Groupe 1 – Questionnaire technique et finalisation de la consultation médicale

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.1 Questionnaire médical – Groupe 1	Personnel infirmier PCS2
<hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>Selon le fonctionnement établi, la séquence de prise du taux d'hémoglobine, de la température ainsi que la documentation des résultats peut varier. Les résultats saisis dans eProgesa doivent obligatoirement être affichés sur les appareils de mesure.</p> </div> </div> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > Procéder à la prise du taux d'hémoglobine (voir l'Annexe 2). <ul style="list-style-type: none"> ◆ Saisir dans ePROGESA la valeur d'hémoglobine affichée sur l'hémoglobinomètre. ◆ Si le donneur est interdit selon les critères du MSCD, lui remettre les informations pertinentes. > Prendre la température (voir l'Annexe 3) <ul style="list-style-type: none"> ◆ Saisir les résultats dans ePROGESA. > Documenter s'il y a des traces d'injection de drogues sur les bras. > Vérifier aussi la présence de lésion de la peau ou autres conditions susceptibles de provoquer de la contamination. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Appliquer le critère selon le MSCD. <hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>Un donneur ne doit pas être refusé pour un don s'il est impossible de vérifier l'un de ses bras (ex. plâtre, prothèse).</p> </div> </div> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > Au besoin, mesurer le donneur (sans chaussures) et saisir la taille (cm) dans ePROGESA. > Peser le donneur et saisir le poids (kg) dans ePROGESA. <hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>Il n'est pas nécessaire de faire retirer les chaussures du donneur lors de la prise du poids à moins que ce soit des bottes ou des souliers de travail très lourds.</p> </div> </div> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Si le poids est inférieur au critère du MSCD, saisir celui-ci et ne pas répondre à la question JY « Lors de votre dernier don de plasma, avez-vous eu des nausées, vomissements, de la diarrhée, des étourdissements ou une perte de conscience ? ». Cliquer sur « Enreg+Quitter (F11) », l'interdiction s'appliquera automatiquement. ◆ Si le poids excède le maximum du pèse-personne, inscrire le poids mentionné par le donneur. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.1 Questionnaire médical – Groupe 1	Personnel infirmier PCS2
 <p>Si le donneur est pesé et/ou mesuré à un autre moment que l'entrevue de sélection, inscrire le poids/taille du donneur sur l'étiquette d'identification du donneur.</p>	
 <p>Une valeur reportée de la taille ou un changement dans le % de progression peut être modifié seulement une fois que le questionnaire médical est complété à l'entrevue de sélection</p>	
 <p>Si une de ces valeurs est modifiée, il faut obligatoirement saisir à nouveau le poids et le % de progression afin d'actualiser la valeur du VST déjà calculée. Cette étape s'effectue en option <i>modification</i> du programme <i>Consultation médicale</i> seulement.</p>	
<p>> Poser la question JY au donneur, « Lors de votre dernier don de plasma, avez-vous eu des nausées, vomissements, de la diarrhée, des étourdissements ou une perte de conscience ? ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Documenter sa réponse. <p>> Confirmer la réponse « NON » à la question K3 « Y a-t-il eu un problème sur le don en cours qui a un impact sur la progression du donneur? ».</p>	
 <p>La réponse à cette question devra être modifiée à la fin du prélèvement en cas de procédure incomplète ou de réaction vasovagale si le donneur est en cours de progression.</p>	
 <p>% de progression : Le volume maximal pouvant être prélevé chez un donneur est de 18 % de son VST. Avant d'y arriver, il doit d'abord compléter une progression du volume de prélèvement en débutant par de plus petits volumes : 1 prélèvement de 13 %, un deuxième prélèvement de 13 %, un prélèvement de 16% et il complète par un don équivalent à 18 % de son VST. Sa progression sera alors considérée comme étant terminée.</p>	
<p>> Déterminer le % de progression du donneur.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pour les nouveaux donneurs, sélectionner « 13 %-1 ». ◆ Pour les donneurs ayant déjà fait un don de plasma, vérifier le % inscrit à réponse précédente. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.1 Questionnaire médical – Groupe 1	Personnel infirmier PCS2



- Si aucune réponse précédente, sélectionner « 13 %-1 ».
- Si présence de réponse, poursuivre la progression si :
 - ▲ La réponse à la question JY est « NON ».
 - ▲ La réponse précédente à la question K3 est « NON ».
- ◆ Pour les donneurs ayant atteint une fois avec succès le 18 %, sélectionner « Progression terminée ».
- ◆ Rétrograder le % de progression si :
 - La réponse à la question JY est « OUI ».
 - La réponse précédente à la question K3 a été modifiée suite à une procédure incomplète ou une réaction vasovagale.

Exemple de rétrogradation du %, Si la réponse précédente à la question JZ est :



- ◆ 13 % - 1 : conserver 13 % - 1
- ◆ 13 % - 2 : saisir 13 % - 1
- ◆ 16 % : saisir 13 % - 2
- ◆ 18 % : saisir 16 %

Note : Lorsque le 18 % est complété, il n'y a aucune rétrogradation par la suite.



Si le donneur demande à donner un volume plus petit, voir la section *cas particuliers* point 4.7

> Vérifier si le prélèvement d'un tube supplémentaire est requis pour l'analyse Chagas.

- ◆ Consulter l'onglet *Dossier médical* via l'option « SUITE (F8) ».
 - Vérifier la présence du commentaire pour Chagas :
 - ▲ Si présent, ajouter un nouveau commentaire.
 - Cliquer sur « INSÉRER »
 - Documenter en texte libre « tube Chagas prélevé + la date du jour ».

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE PLASMA DE FRACTIONNEMENT	IDT-00020[8]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 13 de 26

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.1 Questionnaire médical – Groupe 1	Personnel infirmier PCS2
<p>▲ Si absent, aucune action requise.</p> <p>> Enregistrer le questionnaire médical.</p> <p>> Si des valeurs du <i>Groupe 1</i> entraînent une interdiction, passer au point 2.2 <i>Questionnaire avec interdiction</i>.</p>	

EN VIGUEUR

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.2 Finalisation de l'entrevue de sélection	Personnel infirmier PCS2

3.2.1 Consentement

- > Faire lire le consentement au donneur.
 - ◆ Au besoin, lui remettre la version papier du consentement SPE-00939 *Consentement Français - ePROGESA* ou SPE-00951 *Consentement Anglais - ePROGESA*.
- > Activer le dispositif de signature.
- > Le donneur doit signer et confirmer sa signature sur le dispositif de signature.
 - ◆ Si le donneur ne peut signer le consentement, lui demander de faire un « X ».
- > Vérifier à l'écran la signature et l'accepter.



- ◆ Au besoin, reprendre la signature.

3.2.2 Finalisation de la consultation médicale

- > Confirmer le volume à prélever.
- > Enregistrer la consultation médicale.
- > Remettre au donneur le PUB-00075 *Carte de rendez-vous été - hiver (français)* ou PUB-00076 *Carte de rendez-vous été - hiver (anglais)* ou PUB-00090 *Carte de rendez-vous* ou PUB-00091 *Carte de rendez-vous (anglais)*.
 - ◆ Cette étape peut aussi être effectuée à la fin du prélèvement.
- > Informer le donneur d'appeler Héma-Québec s'il y a lieu, selon les indications qui y sont mentionnées.



Une fois la consultation médicale complétée, toute modification au dossier doit être effectuée via l'option *Modification* du programme *Consultation médicale*.


MODIF (F6)

4 Cas particuliers



Pour toute particularité au dossier ou aide apportée au donneur, documenter la situation en ajoutant un commentaire au dossier ePROGESA du donneur.

L'utilisation d'un interprète est interdite à l'exception d'un don par un donneur sourd et/ou muet requérant les services d'un interprète. (voir le point approprié ci-dessous).


ÉTAPE	RESPONSABLE
4.1 Donneur trans, non binaire ou en processus de transition	Personnel infirmier PSC2
<ul style="list-style-type: none"> > Si le donneur mentionne être trans, non binaire, ou en processus de transition, lui remettre le feuillet PUB-00105 <i>Personne trans et non binaires : Ce que vous devez savoir</i> (version française) ou PUB-00106 <i>Countries list for new donors using online questionnaires</i> (version anglaise). > Avec l'accord du donneur, inscrire une note au dossier médical : Donneur trans ou non binaire (PUB-00105 ou PUB-00106) remis. > Si le donneur a une carte d'admissibilité PUB-00088 <i>Carte d'admissibilité</i> ou PUB-00089 <i>Carte d'admissibilité (version anglaise)</i> : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le dossier médical pour obtenir les informations relatives à l'admissibilité et l'inscription du donneur. 	
 <p>Si un donneur connu a effectué des changements légaux depuis le dernier don (pièces identité modifiées) : Aviser le gestionnaire ou son délégué. Le changement doit être fait via une non-conformité, tel que décrit à la section 1.1.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.2 Donneur analphabète/Non-voyant	Personnel infirmier PCS2
<ul style="list-style-type: none"> > Au besoin, le QM peut être complété avec un membre du personnel infirmier. > S'assurer que le dépliant approprié lui a été lu. > S'assurer de lire le consentement au donneur. 	

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE PLASMA DE FRACTIONNEMENT	IDT-00020[8]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 16 de 26

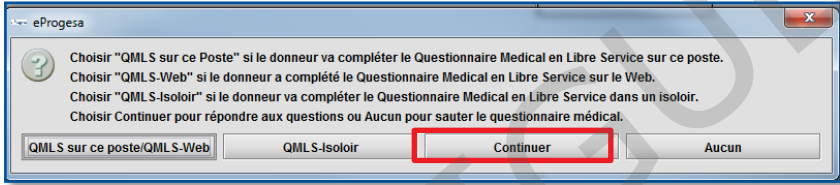
ÉTAPE	RESPONSABLE
4.2 Donneur analphabète/Non-voyant	Personnel infirmier PCS2
<p>> Ajouter un commentaire dans ePROGESA, afin de documenter que le consentement a bien été lu au donneur.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.3 Donneur sourd et/ou muet sans interprète	Personnel infirmier PCS2
<p>> Les communications peuvent se faire par écrit.</p> <p>> Ajouter un commentaire dans ePROGESA, afin de documenter la situation.</p>	



ÉTAPE	RESPONSABLE
4.4 Donneur sourd et/ou muets avec service d'interprétariat	Personnel infirmier PCS2
<p>> Confirmer que l'interprète n'est pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Un membre de la famille du donneur ou; ◆ Un ami du donneur ou; ◆ Un collègue de travail. <p>> Ajouter un commentaire dans ePROGESA, afin de documenter le nom de l'interprète.</p> <p>> Lire le dépliant approprié au donneur.</p> <p>> Faire l'entrevue de sélection selon la procédure habituelle.</p> <p>> Aviser le personnel que le don sera effectué en présence de l'interprète.</p> <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>La personne responsable de la collecte est autorisée à signer les documents demandés par l'interprète confirmant qu'il y a eu service d'interprétariat.</p> </div> <hr/>	

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE PLASMA DE FRACTIONNEMENT	IDT-00020[8]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 17 de 26

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.5 Échantillons spécifiques sans don	Personnel infirmier PCS2
<p>> Se référer à l'IDT-00010 <i>Prélèvement d'échantillons spécifiques sans don.</i></p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.6 QM complété en cabine	Personnel infirmier PCS2
<p>> Accéder au dossier selon le point 1.1 <i>Accès au dossier.</i></p> <p>> Confirmer que le type de prélèvement est approprié.</p> <p>> Au besoin, confirmer le « Type de questionnaire médical ».</p> <p>> À la fenêtre suivante, sélectionner « Continuer » pour un donneur sans QMLS web.</p>	
	
<p>> Sélectionner le « Groupe 2 ».</p> <p>> Poser verbalement les questions au donneur et documenter ses réponses selon le point 2.1 <i>Révision du questionnaire médical Groupe 2.</i></p>	

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE PLASMA DE FRACTIONNEMENT	IDT-00020[8]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 18 de 26

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.7 Rétrogradation à la demande du donneur	Personnel infirmier PCS2
<hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>Cette procédure doit être utilisée exceptionnellement pour les donneurs qui demandent à donner un volume inférieur à celui paramétré selon leur VST.</p> <p>Les volumes paramétrés sont basés sur le volume sanguin estimé du donneur et sont très sécuritaires.</p> </div> </div> <hr/> <p>> Dans le Questionnaire médical Groupe 1, consulter le volume à prélever à la question A5.</p> <p>> À partir du volume à prélever, offrir au donneur de donner le volume inférieur précédent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pour un volume à prélever initial de 911 ml – offrir 856 ml ou 721 ml ou 581 ml ou 535 ml ◆ Pour un volume à prélever initial de 856 ml – offrir 721 ml ou 581 ml ou 535 ml ◆ Pour un volume à prélever initial de 721 ml – offrir 581 ml ou 535 ml ◆ Pour un volume à prélever initial de 581 ml – offrir 535 ml <p>> Cliquer sur le champ de la question A5 puis sur Modif. Inscrire manuellement le volume choisi.</p> <p>> Faire signer le consentement.</p> <p>> Valider que le volume à prélever est conforme aux modifications apportées.</p> <p>> Enregistrer et quitter.</p> <hr/> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>À noter que cette modification ne sera pas appliquée au prochain don car le volume calculé selon le VST sera attribué par défaut.</p> </div> </div> <hr/>	



ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE PLASMA DE FRACTIONNEMENT

IDT-00020[8]

Vigueur : 02-06-2024

Page 19 de 26

Annexes

S/O

ANNEXE 1 – CODE DE COLLECTE ET CODE D'INITIALISATION

CENTRES FIXES		SITE - CODE DE COLLECTE	CODE D'INITIALISATION	SITE - CODE DE COLLECTE	CODE D'INITIALISATION
		Tous les types de prélèvement (sauf prélèvement I)	Tous les types de prélèvement (sauf prélèvement I)	Plasma pour fractionnement (I) (Si applicable)	Plasma pour fractionnement (I) (Si applicable)
EN OPÉRATION	VERSAILLES (GLO-VER)	0560 – M0VEG	10	0562 – P0VEP	15
	DIX30 (GLO-DIX30)	0560 – M0DIG	30	0562 – P0DIP	35
	LAVAL (GLO-LAVAL)	0560 – M0LVG	40	0562 – P0LVP	45
	LEBOURGNEUF (GLO-LEB)	0561 – Q0LBG	90	0562 – P0LBP	95
	STE-FOY (GLO-FOY)	0561 – Q0SFG	20	0562 – P0SFP	25
	TROIS-RIVIÈRES (SDP-TR)	0561 – Q0TRG	50	0562 – P0TRP	55
	SAGUENAY (SDP-SAG)	0561 – Q0SAG	60	0562 – P0SAP	65
	SHERBROOKE (SDP-SHER)	0560 – M0SHG	70	0562 – P0SHP	75
	GATINEAU (SDP-GAT)	0560 – M0GAG	80	0562 – P0GAP	85
	KIRKLAND (GLO-KIR)	0560 – M0KIG	100	0562 – P0KIP	105
	ST-BRUNO (CHQ-STBRU)	0560 – M0SBG	110	0562 – P0SBP	115
FERMÉ	LAURIER (GLO-LAU)	0561 – Q0LAG	20	0562 – P0LAP	25

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

GAB-IDT-v3

ANNEXE 2 – MESURE DU TAUX D'HÉMOGLOBINE

Mise en service de l'appareil

- > Aucune procédure d'installation n'est nécessaire.
- > L'écran est toujours allumé, l'analyseur n'est pas doté d'un interrupteur marche/arrêt (ON/OFF).

Prise du taux d'hémoglobine



1. S'assurer que la main soit chaude et relâchée. Effectuer le prélèvement sur le majeur ou l'annulaire. Éviter les doigts avec des bagues.

2. Nettoyer le bout du doigt avec de l'alcool isopropylique à 70%. Sécher à l'aide d'une compresse.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



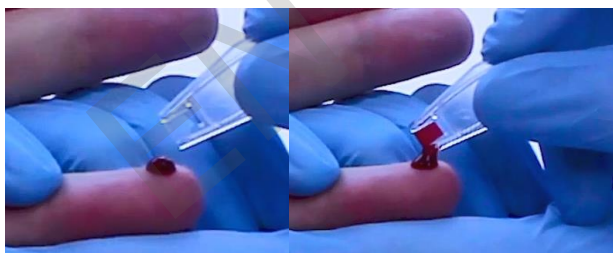
3. Masser légèrement le doigt en direction de sa pointe pour augmenter le flux de sang.



4. Piquer le doigt désinfecté avec une lancette stérile. Effectuer l'incision sur la face latérale du doigt pour faciliter le remplissage de la cuvette.



5. Exercer une légère pression en direction de la pointe du doigt jusqu'à ce qu'une goutte de sang apparaisse. Essuyer les trois premières gouttes avec une compresse.



6. S'assurer que la quatrième goutte de sang soit suffisamment grande pour remplir la cuvette en une seule fois. Remplir la cuvette en touchant la goutte de sang avec le coin de la cuvette. Remplir la cuvette sans aucune interruption.



7. Essuyer, à l'aide d'une compresse l'extérieur de la cuvette. Vérifier que la cuvette soit entièrement remplie et sans bulles d'air.

Effectuer les mesures uniquement avec des cuvettes entièrement remplies.



8. Placer la cuvette remplie dans le porte-cuvette et le pousser doucement vers le bas jusqu'à perception d'un « dé clic ». Le taux d'hémoglobine s'affichera de manière instantanée.



9. Retirer rapidement la cuvette. Noter le résultat du test dès que la coche ✓ s'affiche et le consigner au dossier du donneur.

Note : Le résultat restera affiché à l'écran jusqu'à ce qu'il soit remplacé par la valeur de la mesure suivante.



10. Effacer les données apparaissant à l'affichage après chaque utilisation. Effectuer une mesure à « vide » en poussant le porte-cuvette vide vers le bas dans l'appareil.



Dans le cas où l'échantillon est difficile à prélever, ne pas analyser et reprendre la ponction.

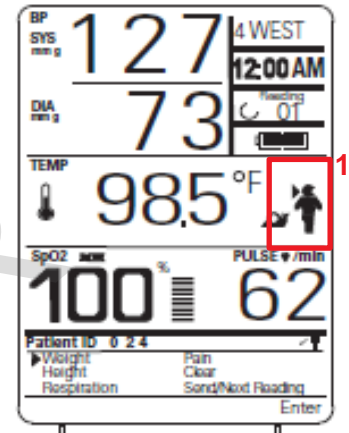
Ne pas mesurer une même cuvette deux fois.

Une fois le sachet ouvert, les cuvettes demeurent stables jusqu'à la date de péremption indiquée sur le sachet.

ANNEXE 3 – PRISE DES SIGNES VITAUX

Utilisation du moniteur Welch Allyn, SPOT Lxi

- > Avant chaque utilisation, vérifier le bon fonctionnement de l’affichage du moniteur et l’absence de code d’erreur.
- > Retirer la sonde de température du puits et s’assurer que l’icône de température ORALE clignote¹.
- > Insérer la sonde dans un protège sonde, mettre rapidement sous la langue du donneur.
 - ◆ Maintenir en place jusqu’à ce que l’appareil émette trois « bip ».
- > Jeter le protecteur de sonde dans un contenant de déchets domestiques.
- > Consigner les données nécessaires dans eProgesa.
 - ◆ Au besoin, se référer au manuel des critères de sélection des donneurs (MCSD).
- > Effacer les données apparaissant à l’affichage après chaque utilisation.
 - ◆ Appuyer 2 fois sur le bouton « MEM » de l’appareil.



Pour modifier le mode de température, appuyer sur le « bouton de navigateur » vers le haut ou vers le bas jusqu’à ce que l’icône appropriée clignote.

Appuyer sur le bouton « sélection ».



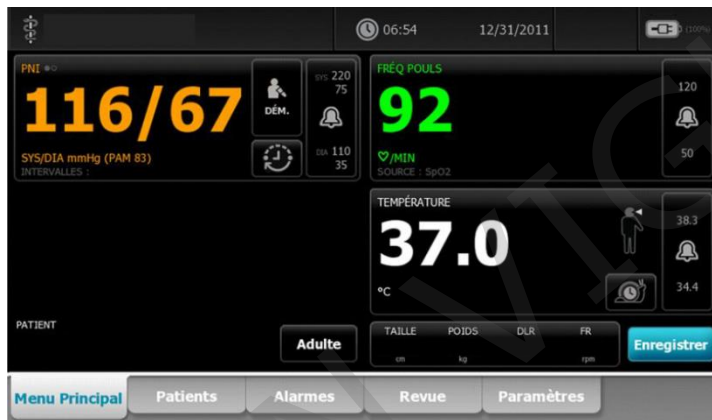
Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

Utilisation du moniteur Welch Allyn, 6000 series et modèle 4400

- > Avant chaque utilisation, vérifier le bon fonctionnement de l'affichage du moniteur et l'absence de code d'erreur.
- > Retirer la sonde de température du puits et s'assurer que le mode de température sélectionné est « orale ».
- > Insérer la sonde dans un protège sonde, mettre rapidement sous la langue du donneur.
 - ◆ Maintenir en place jusqu'à ce que l'appareil émette une tonalité.
- > Jeter le protecteur de sonde dans un contenant de déchets domestiques.
- > Consigner les données nécessaires dans eProgesa.
 - ◆ Au besoin, se référer au manuel des critères de sélection des donneurs (MCSD).
- > Effacer les données apparaissant à l'affichage après chaque utilisation.
 - ◆ Appuyer sur enregistrer. Enregistrer

Écran modèle 6000 series



Écran modèle 4400



Pour modifier le mode de température, appuyer sur l'icône « site de mesure de température » afin de basculer entre les différents sites.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE PLASMA DE FRACTIONNEMENT	IDT-00020[8]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 26 de 26

Liste des modifications

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Tout	Transfert dans le nouveau gabarit	Mise en vigueur d'un nouveau gabarit	GAB-IDT-v3
1.1.1, 3 ^e puce, case d'avertissement	Ajout « Par exemple, il est possible de retirer les caractères spéciaux dans le nom et le prénom lorsqu'une preuve (pièce d'identité) est disponible. Il est aussi possible de modifier le nom de jeune fille lorsqu'une photo est présente au dossier du donneur, à l'aide des nouvelles informations présentes sur la pièce d'identité. »	Information manquante : harmonisation avec l'IDT-00004[12], section 4.2, 2 ^e sous-puce, case d'avertissement.	IDT-00004[12] (Section 4.2) Opportunité d'amélioration
3.1, 1 ^{ière} Cloche	Retrait de la prise de tension artérielle.	L'étude AMI-2140 a démontrée qu'il n'y a aucune association observée entre une valeur de tensions artérielle hors norme et un risque de réaction vasovagale ou complication cardiovasculaire majeure. En conséquence, la prise de la tension artérielle est retirée.	CC-PRB-02044
3.1, 2 ^e puce			
Annexe 3	Retrait des instructions en lien avec la prise de tension artérielle.		
Référence : OC-08968			

Numéro du document	IDT-00031 [6]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Centre des donneurs Globule
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
PUB-00033	Liste des pays pour les nouveaux donneurs avec QMLS Web
PUB-00034	Countries list for new donors using online questionnaires
PUB-00088	Carte d'admissibilité
PUB-00089	Carte d'admissibilité (version anglaise)
IND-00485	Rendement optimal
MAN-00489	VISTA Guide de l'utilisateur - Prepare Procedure
MAN-00491	VISTA Guide de l'utilisateur - Select Donor
SPE-00080	Codes de collecte et codes d'initialisation
SPE-00939	Consentement Français - ePROGESA
SPE-00951	Consentement Anglais - ePROGESA
ENR-00338	Demande de typage HLA
PON-00002	PSL - Approvisionnement en dons et composants sanguins
PFN-00289	Granulaphérèse
PUB-00075	Carte de rendez-vous été - hiver (français)
PUB-00076	Carte de rendez-vous été - hiver (anglais)
PUB-00041	Don de sang - Ce qu'il faut savoir
PUB-00042	Blood donation what you need to know
IDT-00006	Entrevue de sélection - Interdictions / Particularités
DIR-01383	Prélèvement de tubes supplémentaires pour l'analyse de typage HLA chez les donneurs de plaquettes d'aphérèse et plasma

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	25-04-2024
Assurance qualité	Jacinthe Durand	02-05-2024

TABLE DES MATIÈRES

Définitions	4
Mise en contexte	5
1 Accès au dossier donneur	5
1.1 Accès au dossier	5
1.1.1 Vérification / modification du dossier donneur	6
1.2 QMLS complété sur le web	7
1.2.1 Particularité pour un nouveau donneur	8
2 Groupe 2 – Révision QM	8
2.1 Révision du questionnaire médical Groupe 2	8
2.2 Questionnaire avec interdiction	9
3 Groupe 1 – Questionnaire technique et VISTA	10
3.1 Questionnaire médical - Groupe 1	10
3.2 VISTA - Icône « Select Donor »	11
3.3 VISTA - Icône « Prepare procedure »	11
3.4 Questionnaire médical - Groupe 1 (Suite)	13
4 Finalisation de la consultation médicale	14
4.1 Finalisation de l'entrevue de sélection	14
4.1.1 Consentement	14
4.1.2 Finalisation de la consultation médicale	14
4.2 VISTA - Icône « Assign Machin »	15
5 Cas particuliers	15
5.1 Donneur trans, non binaire ou en processus de transition	15
5.2 Donneur analphabète/non-voyant	16
5.3 Donneur sourd et/ou muet sans interprète	16
5.4 Donneur sourd et/ou muet avec service d'interprétariat	16
5.5 Échantillons spécifiques sans don	16
5.6 QM complété en cabine	17
5.7 Résultat d'hémoglobine hors-norme	18

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE DON APHÉRÈSE SUR TRIMA

IDT-00031[6]

Vigueur : 02-06-2024

Page 2 de 31

5.7.1	Résultat d'hémoglobine trop basse	18
5.7.2	Résultat d'hémoglobine élevée – Surveillance S011	18
5.8	Correction du poids pour un donneur qui a maintenant un poids acceptable pour effectuer un don	19
5.9	VISTA – Donneur quitte le processus	19
5.10	Donneur avec typage HLA et don de plaquettes rares	20
5.10.1	Donneur avec typage HLA	20
5.10.2	Donneur de plaquettes rares.....	20
5.11	Dossier bloqué.....	21
	Annexes.....	22
	ANNEXE 1 – CODE DE COLLECTE ET CODE D'INITIALISATION	22
	ANNEXE 2 – MESURE DU TAUX D'HÉMOGLOBINE.....	23
	ANNEXE 3 – PRISE DES SIGNES VITAUX.....	26
	ANNEXE 4 – RESTRICTION À SAISIR AU SCREENING RESULT	28
	ANNEXE 5 – VALEUR RÉFÉRENCE DU TAUX DE PLAQUETTE POUR UN 1 ^{ER} DON	29
	ANNEXE 6 – CHOIX DE LA FOCUS LIST.....	30
	Liste des modifications	31

EN VIGUEUR

Procédure(s) opératoire(s) normalisée(s) (PON) de référence

Numéro du document	TITRE
PON-00002	Approvisionnement en dons et composants sanguins

Icônes et indicateurs :



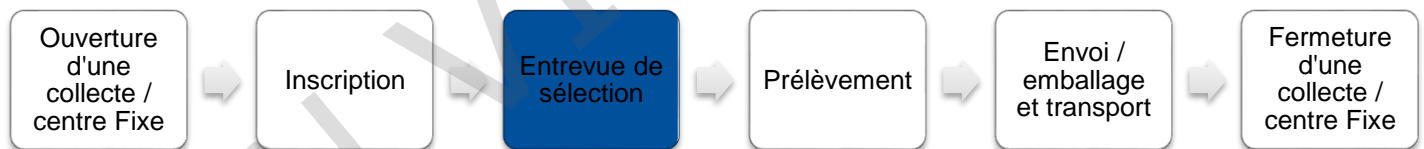
Lorsqu'un avertissement doit être donné.



Information complémentaire visant à améliorer la compréhension.

Processus

PSL - Approvisionnement en dons et composants sanguins



 HÉMA-QUÉBEC	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE DON APHÉRÈSE SUR TRIMA	IDT-00031[6]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 4 de 31

Matériel, équipement et logiciel

S/O

- > Hémoglobinomètre
- > Compresses non stériles
- > Gants (au besoin)
- > Tampons antiseptiques (alcool isopropylique 70%)
- > Ruban adhésif
- > Moniteur de signes vitaux
- > Cuvette
- > Autopiqueur stérile à usage unique
- > Pèse-personne
- > Protège-sonde à thermomètre

Définitions

S/O

- > ANP : assistant numérique personnel
- > QM : Questionnaire médical
- > QMLS : Questionnaire médical libre-service
- > MCSD : Manuel de critères de sélection des donneurs
- > VST : Volume sanguin total

Mise en contexte

S/O



Au besoin, expliquer au donneur les étapes du processus. Lui transmettre les explications appropriées et répondre à ses questions.



Mettre fin au processus si le donneur ne peut comprendre une étape en raison d'une barrière linguistique ou d'un autre motif. Ajouter l'interdiction appropriée.

Le donneur peut retourner en tout temps en cabine afin de rectifier une information. Pour une information post-don consulter l'IDT-00006 *Entrevue de sélection - Interdiction / Particularités*.

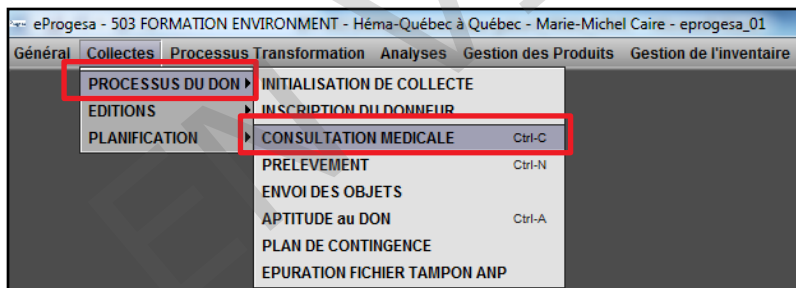
1 Accès au dossier donneur

ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Accès au dossier	Personnel infirmier TRIMA



Le code d'initialisation de la collecte doit avoir été créé au préalable.

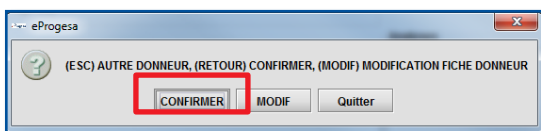
> Accéder à ePROGESA, au programme *Consultation médicale*.



- > Choisir l'option « Création ».
- > Sélectionner l'option « Pas d'imprimante de disponible ».
- > Saisir le code d'initialisation du site (voir l'Annexe 1).
- > Saisir avec le lecteur code à barres le numéro du donneur, à partir de sa carte de donneur Héma-Québec ou de l'étiquette d'identification du donneur.

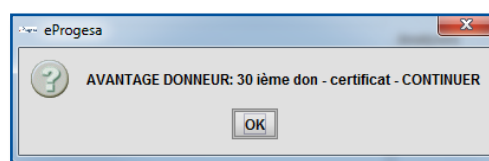
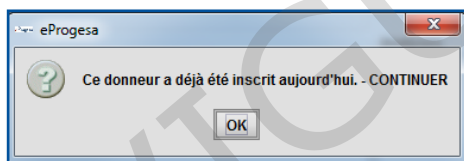
ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Accès au dossier	Personnel infirmier TRIMA

- ◆ Le dossier et la fenêtre suivante s'affichent :



- > Vérifier l'identité du donneur à l'aide de :
 - ◆ Nom, prénom;
 - ◆ Date de naissance;
 - ◆ Sexe.
- > Vérifier la photo au dossier, si présente.
- > Confirmer la vérification de l'identité en cliquant sur « Confirmer ».
 - ◆ Au besoin suivre le point 1.1.1 afin de corriger le nom/prénom seulement.

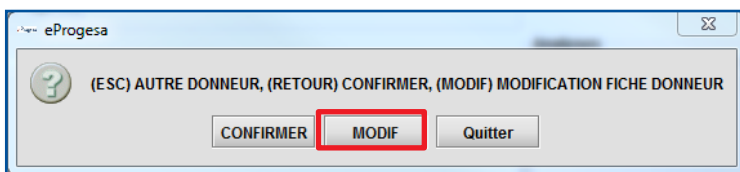
De l'information sous forme de messages peut apparaître.
Lire celui-ci et cliquer sur « OK ». Exemple :






- > Confirmer que le type de prélèvement est approprié.
- > Dans le cas où le donneur a un questionnaire abrégé, confirmer le « Type de questionnaire médical ».
- > Passer au point 2.1 Révision du questionnaire médical Groupe 2 ou au point 1.2 pour un donneur avec un QMLS complété sur le web.


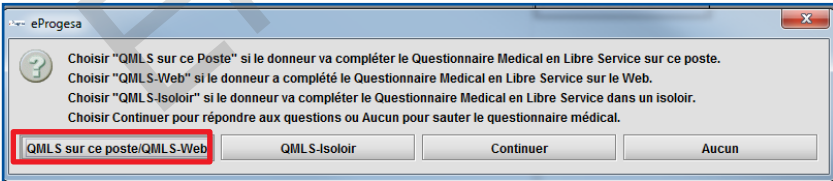
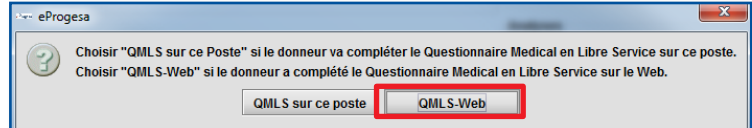
1.1.1 Vérification / modification du dossier donneur




- > Choisir l'option « MODIF ».



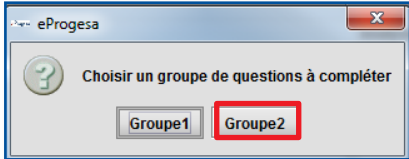
- ◆ Le programme bascule vers *Gestion du donneur*.
- > Confirmer qu'il s'agit bien du dossier du donneur.


ÉTAPE	RESPONSABLE
1.1 Accès au dossier	Personnel infirmier TRIMA
<p>◆ Au besoin, effectuer les corrections nécessaires du nom/prénom.</p> <hr/> <p>  Pour les modifications de nom et prénom, seuls les changements mineurs concernant une erreur d'orthographe peuvent être effectués sans aviser le gestionnaire. Par exemple, il est possible de retirer les caractères spéciaux dans le nom et le prénom lorsqu'une preuve (pièce d'identité) est disponible. </p> <p>  Il est aussi possible de modifier le nom de jeune fille lorsqu'une photo est présente au dossier du donneur, à l'aide des nouvelles informations présentes sur la pièce d'identité. </p> <p> Pour toute autre modification ou pour une modification du sexe, le changement doit être effectué avec une non-conformité. Aviser le gestionnaire ou son délégué. </p> <hr/> <p>  Si le donneur n'a pas toutes ses données démographiques, ce dernier peut tout de même faire un don si des informations présentes au dossier nous permettent de le contacter. </p> <hr/> <p>> Une fois la vérification terminée et confirmée, choisir « Quitter ».</p> <p>◆ Le programme bascule à nouveau en <i>Consultation médicale</i>.</p>	

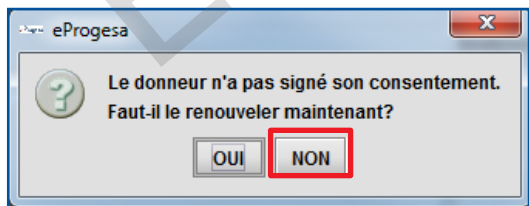
ÉTAPE	RESPONSABLE
1.2 QMLS complété sur le web	Personnel infirmier TRIMA
<p>  Le donneur peut se présenter avec le formulaire en version papier ou sur un outil portable (téléphone, tablette, etc.). </p> <hr/> <p>> À la fenêtre suivante, sélectionner « QMLS sur ce poste/QMLS Web ».</p> <div data-bbox="170 1501 998 1680">  </div> <p>> Sélectionner le « QMLS-Web ».</p> <div data-bbox="170 1764 917 1890">  </div>	


ÉTAPE	RESPONSABLE
1.2 QMLS complété sur le web	Personnel infirmier TRIMA
<p>> Saisir avec le lecteur code à barres, le code-barres 2D sur le formulaire.</p> <p>> Vérifier si, suite à l'intégration, plusieurs questions s'affichent comme non répondues.</p> <p>> Cliquer sur ENREG puis vérifier le champ </p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Si abrégé : modifier pour Régulier. ◆ Si régulier : aucune correction possible. <p>> Intégrer ensuite le QMLS web à nouveau.</p> <p>1.2.1 Particularité pour un nouveau donneur</p> <p>> Demander au donneur de lire la PUB-00033 / 00034 <i>Liste des pays pour les nouveaux donneurs avec QMLS Web</i> et de vous aviser si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Il a voyagé ou résidé de 1980 à 2007 dans l'un des pays dans cette liste. ◆ Il a voyagé ou résidé 30 jours de suite ou plus en Amérique latine incluant le Mexique. <p>> Lorsque la réponse du donneur est OUI : compléter la question correspondante dans le questionnaire.</p> <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Si le donneur a complété le mauvais QMLS web, les questions spécifiques à son type de don devront être complétées.</p> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;">  <p>Si le donneur a complété son QMLS web et qu'il débute un QMLS sur le site de la collecte, seul le QMLS en collecte sera pris en compte par ePROGESA.</p> </div> <hr/> <p>> Passer au point 2.1 <i>Révision du questionnaire médical Groupe 2.</i></p>	

2 Groupe 2 – Révision QM




ÉTAPE	RESPONSABLE
2.1 Révision du questionnaire médical Groupe 2	Personnel infirmier TRIMA
<p>> Sélectionner « Groupe 2 ».</p>  <p>> Confirmer chacune des réponses du donneur pour les questions à révision obligatoire.</p>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
2.1 Révision du questionnaire médical Groupe 2	Personnel infirmier TRIMA
<p> Le curseur se positionnera automatiquement dans le champ des questions à révision obligatoire. Au besoin, modifier la réponse.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > Compléter avec le donneur toutes questions qui seraient non répondues. <ul style="list-style-type: none"> ◆ La question « êtes-vous? » n'est pas obligatoire. > Vérifier les questions avec une réponse « OUI » (surlignées) et compléter les sous-questions associées. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Se référer au manuel des critères de sélection des donneurs (MCSD). ◆ Documenter les réponses en fonction du MCSD. ◆ Au besoin, consulter le dossier médical ou les interdictions via l'option « SUITE (F8) ». ◆ Au besoin, consulter l'IDT-00006 <i>Entrevue de sélection - Interdictions / Particularités</i>. > Enregistrer les réponses à la fin de la révision du questionnaire. <ul style="list-style-type: none"> ◆ La fenêtre des questions « Groupe 1 » s'ouvre automatiquement. > Passer au point 3.1 <i>Questionnaire médical groupe 1</i> si aucune question n'entraîne d'interdiction. 	


ÉTAPE	RESPONSABLE
2.2 Questionnaire avec interdiction	Personnel infirmier TRIMA
<ul style="list-style-type: none"> > Si une ou plusieurs réponses du QM entraînent une interdiction, cliquer sur « Enreg+Quitter (F11) ». <ul style="list-style-type: none"> ◆ Appuyer sur « ENTRÉE » pour confirmer la date de début d'interdiction. ◆ Appuyer sur « ENTRÉE » pour confirmer la date de fin d'interdiction. > Expliquer au donneur chacune des interdictions et les délais. > Confirmer la quantité à « -1 ml ». > Enregistrer la Consultation médicale. > Saisir non à la question ci-dessous puisque le donneur ne sera pas prélevé. <div data-bbox="173 1545 698 1749" data-label="Image">  </div> <ul style="list-style-type: none"> > Au besoin, consulter l'onglet <i>Interdiction (Alt+4)</i> afin d'expliquer les interdictions mises à son dossier. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE								
2.2 Questionnaire avec interdiction	Personnel infirmier TRIMA								
<table border="1"> <tr> <td align="center">QUESTIONNAIRE (Ait-1) <-</td> <td align="center">DON HISTORIQUE (Ait-5)</td> </tr> <tr> <td align="center">Analyses et Questions supplémentaires (Ait-2)</td> <td align="center">VISU DONS (Ait-6)</td> </tr> <tr> <td align="center">COMMENTAIRE (Ait-3)</td> <td align="center">RESULTATS CONNUS (Ait-7)</td> </tr> <tr> <td align="center">INTERDICTIONS (Ait-4) <- A</td> <td align="center">PRODUITS DEMANDES (Ait-8)</td> </tr> </table>		QUESTIONNAIRE (Ait-1) <-	DON HISTORIQUE (Ait-5)	Analyses et Questions supplémentaires (Ait-2)	VISU DONS (Ait-6)	COMMENTAIRE (Ait-3)	RESULTATS CONNUS (Ait-7)	INTERDICTIONS (Ait-4) <- A	PRODUITS DEMANDES (Ait-8)
QUESTIONNAIRE (Ait-1) <-	DON HISTORIQUE (Ait-5)								
Analyses et Questions supplémentaires (Ait-2)	VISU DONS (Ait-6)								
COMMENTAIRE (Ait-3)	RESULTATS CONNUS (Ait-7)								
INTERDICTIONS (Ait-4) <- A	PRODUITS DEMANDES (Ait-8)								
<p> La présence d'un « <-A » à droite de l'onglet <i>Interdictions</i> signifie qu'une ou plusieurs interdictions sont actives au dossier.</p>									

3 Groupe 1 – Questionnaire technique et VISTA

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.1 Questionnaire médical - Groupe 1	Personnel infirmier TRIMA
<p> La séquence de prise du taux d'hémoglobine et de la température peut varier. Les résultats saisis dans eProgesa/VISTA doivent obligatoirement être affichés sur les appareils de mesure.</p>	
<p>> Procéder à la prise du taux d'hémoglobine (voir l'Annexe 2).</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Laisser le résultat affiché sur l'appareil. ◆ Si le donneur est interdit selon les critères du MSCD, lui remettre les informations pertinentes. <ul style="list-style-type: none"> - Consulter le point 5.7 Résultat d'hémoglobine hors-norme. 	
<p> La limite supérieure acceptable de l'appareil Trima est 18.4 g/dL (consulter MT-00305 <i>Manuel d'utilisation TRIMA Accel Version 7.0</i> au besoin). Si le donneur accepte, le transférer vers un autre type de don.</p>	
<p>> Prendre la température. (voir l'Annexe 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Saisir les résultats dans ePROGESA. <p>> Documenter s'il y a des traces d'injection de drogues sur les bras.</p> <p>> Vérifier aussi la présence de lésion de la peau ou autres conditions susceptibles de provoquer de la contamination.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Appliquer le critère selon le MCSD. 	
<p> Un donneur ne doit pas être refusé pour un don s'il est impossible de vérifier l'un de ses bras (ex. plâtre, prothèse).</p>	
<p>> Ouvrir le logiciel VISTA.</p>	




	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE DON APHÉRÈSE SUR TRIMA	IDT-00031[6]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 11 de 31

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.1 Questionnaire médical - Groupe 1	Personnel infirmier TRIMA
 Compléter VISTA avant de poursuivre le questionnaire médical ePROGESA.	

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.2 VISTA - Icône « Select Donor »	Personnel infirmier TRIMA
<ul style="list-style-type: none"> > Saisir le numéro de donneur au champ <i>Donor ID</i> ou ses nom et prénom au champ <i>Donor Name</i>. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Si le donneur est connu dans VISTA : <ul style="list-style-type: none"> - Sélectionner le donneur. - Vérifier la concordance des informations entre VISTA et eProgesa. ◆ Si nouveau donneur dans VISTA : <ul style="list-style-type: none"> - Cliquer sur « New ». - Inscrire son nom et prénom en MAJUSCULE et sans accent. - Saisir le numéro de donneur eProgesa. - Inscrire la date de naissance à l'onglet « General ». - Cocher le sexe à l'onglet « General ». > Vérifier la présence de commentaire à l'onglet « Comments ». > Cliquer sur « OK » > Répondre « Oui » à la question « Check in donor ». 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.3 VISTA - Icône « Prepare procedure »	Personnel infirmier TRIMA
<ul style="list-style-type: none"> > Sélectionner le donneur. > Compléter/vérifier le « Screening Result ». <ul style="list-style-type: none"> ◆ Cocher si des restrictions s'appliquent selon l'Annexe 4. > Au besoin, saisir le groupe sanguin du donneur. > Au besoin, mesurer le donneur (sans chaussures) et saisir la taille (cm) dans VISTA. > Peser le donneur et saisir le poids (kg) dans VISTA. 	

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE DON APHÉRÈSE SUR TRIMA	IDT-00031[6]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 12 de 31

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.3 VISTA - Icône « Prepare procedure »	Personnel infirmier TRIMA
<p> Il n'est pas nécessaire de faire retirer les chaussures du donneur lors de la prise du poids à moins que ce soit des bottes ou des souliers de travail très lourd.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Si le poids est inférieur au critère du MSCD, effectuer le « Remove » dans VISTA. ◆ Si le poids excède le maximum du pèse-personne, inscrire le poids mentionné par le donneur. <hr/> <p> Si le donneur est pesé et/ou mesuré à un autre moment que l'entrevue de sélection, inscrire le poids et la taille du donneur sur l'étiquette d'identification du donneur.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > Saisir la valeur d'hémoglobine affichée sur l'hémoglobinomètre dans VISTA. > Pour un donneur dont VISTA propose un taux de plaquette, conserver cette valeur. <ul style="list-style-type: none"> ◆ S'assurer que la moyenne du donneur soit conforme au critère selon le MCSD. > Pour un donneur dont VISTA ne propose pas un taux de plaquette, saisir la valeur des plaquettes selon le sexe du donneur en fonction de l'Annexe 5. > Sélectionner le type d'appareil approprié au champ Machine type. > Cliquer le bouton « Details ». > Sélectionner la « Focus list » appropriée à l'aide du bouton « Adjust ». (Voir l'Annexe 6) > Choisir la procédure parmi celles offertes, et ce, avec l'accord du donneur. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nouveau donneur : Pour un don avec plaquettes, choisir une procédure de plaquette simple. ◆ Donneur IgA déficient : Privilégier une procédure incluant un plasma PC. ◆ Plaquette HPA : Sélectionner une procédure ayant un « rendement optimal » selon le IND-00485 <i>Rendement optimal</i>. ◆ Plaquette HLA : Si VISTA n'offre pas la procédure, il est possible de l'outrepasser via le bouton « Override » en documentant la justification selon le MCSD. <ul style="list-style-type: none"> - Choisir une procédure de plaquettes sans plasma. - Dans le cas d'un donneur prévu en plaquettes doubles, les procédures de plaquettes simples et de plaquettes doubles doivent être outrepassées afin de rendre toutes ces procédures accessibles au besoin sur l'appareil TRIMA. <hr/> <p> Les types de procédures disponibles selon les paramètres du donneur seront identifiés en vert.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> > Cliquer sur le bouton « Finish » afin de transférer les données vers l'étape suivante. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
3.4 Questionnaire médical - Groupe 1 (Suite)	Personnel infirmier TRIMA

> Répondre à la question *HJ* « Modification du type de prélèvement ? » dans ePROGESA.

- ◆ Si le type de prélèvement est modifié, choisir le type de prélèvement dans la liste F1.
 - S'assurer que le donneur a lu la bonne documentation.
 - Compléter s'il y a lieu les questions qui se sont ajoutées suite à la modification.



La modification du type de prélèvement doit être effectuée SEULEMENT à la question *HJ* du questionnaire médical si applicable.



Des réponses au questionnaire pourraient entraîner automatiquement la modification du type de prélèvement.

Si le message « Prioriser le prélèvement de plasma pour transfusion » apparaît, cela signifie que le donneur est IgA déficient. Privilégier dans VISTA un choix de procédures incluant un plasma PC.




	Question	Reponse
IX	Prioriser le prélèvement de plasma pour transfusion.:	OK




Définition de donneur IgA déficient : Un donneur ayant un statut « IgA déficient » a une déficience sévère en IgA (immunoglobuline A). Cette déficience est définie par la mesure de la concentration des IgA inférieure à <500 ng/ml. Un donneur « IgA déficient » n'aura pas nécessairement de maladie associée à ce déficit, mais il est important qu'Héma-Québec identifie ces personnes pour permettre la tenue du registre de donneurs déficients en IgA afin que leurs produits plasma puissent être transfusés aux patients qui ont le même déficit.

- > Enregistrer le questionnaire médical.
- > Si des valeurs du Groupe 1 entraînent une interdiction, passer au point 2.2 *Questionnaire avec interdiction*.

4 Finalisation de la consultation médicale

ÉTAPE	RESPONSABLE
4.1 Finalisation de l'entrevue de sélection	Personnel infirmier TRIMA
<p>4.1.1 Consentement</p> <ul style="list-style-type: none"> > Faire lire le consentement au donneur. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Au besoin, lui remettre la version papier du consentement SPE-00939 <i>Consentement Français - ePROGESA</i> ou SPE-00951 <i>Consentement Anglais - ePROGESA</i>. > Activer le dispositif de signature. > Le donneur doit signer et confirmer sa signature sur le dispositif de signature. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Si le donneur ne peut signer le consentement, lui demander de faire un « X ». > Vérifier à l'écran la signature et l'accepter. <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Au besoin, reprendre la signature. <p>4.1.2 Finalisation de la consultation médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> > Documenter le type de dispositif « TH » au champ type de poche. > Confirmer le volume à prélever. > Enregistrer la consultation médicale. > Remettre au donneur le PUB-00075 <i>Carte de rendez-vous été - hiver (français)</i> ou PUB-00076 <i>Carte de rendez-vous été - hiver (anglais)</i> pour les dons de sang allogénique. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Cette étape peut aussi être effectuée à la fin du prélèvement. > Informer le donneur d'appeler Héma-Québec s'il y a lieu selon les indications qui y sont mentionnées. <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div> <p>Une fois la consultation médicale complétée, toute modification au dossier doit être effectuée via l'option <i>Modification</i> du programme <i>Consultation médicale</i>.</p> <div style="text-align: center;">  </div> </div> </div> <hr/>	

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE DON APHÉRÈSE SUR TRIMA	IDT-00031[6]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 15 de 31


ÉTAPE	RESPONSABLE
4.2 VISTA - Icône « Assign Machin »	Personnel infirmier TRIMA
<p>> Glisser l'icône du donneur sur l'appareil désiré.</p> <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Une fois assigné à un appareil, le donneur peut être désassigné seulement via l'appareil TRIMA directement.</p> </div> <hr/>	

5 Cas particuliers



Pour toute particularité au dossier ou aide apportée au donneur, documenter la situation en ajoutant un commentaire au dossier ePROGESA du donneur.


L'utilisation d'un interprète est interdite à l'exception d'un don par un donneur sourd et/ou muet.

ÉTAPE	RESPONSABLE
5.1 Donneur trans, non binaire ou en processus de transition	Personnel infirmier TRIMA
<p>> Si le donneur mentionne être trans, non binaire, ou en processus de transition, lui remettre le feuillet <i>Personnes trans et non binaires : Ce que vous devez savoir. Information sur les risques liés au don de sang et les mesures de sécurité pour les prévenir.</i> PUB-00105 (version française) ou PUB-00106 (version anglaise)</p> <p>> Avec l'accord du donneur, inscrire une note au dossier médical : Donneur trans ou non binaire (PUB-00105 ou PUB-00106) remis.</p> <p>> Si le donneur a une carte d'admissibilité PUB-00088 <i>Carte d'admissibilité</i> ou PUB-00089 <i>Carte d'admissibilité (version anglaise)</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le dossier médical pour obtenir les informations relatives à l'admissibilité et l'inscription du donneur. <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Si un donneur connu a effectué des changements légaux depuis le dernier don (pièces identité modifiées) : Aviser le gestionnaire ou son délégué. Le changement doit être fait via une non-conformité, tel que décrit à la section 1.1.</p> </div>	

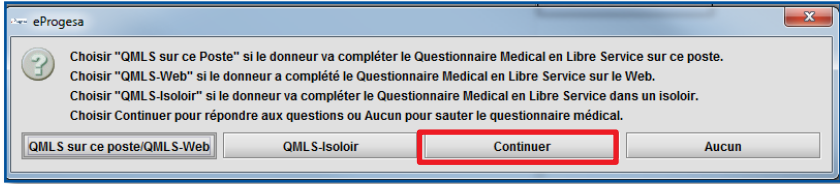
	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE DON APHÉRÈSE SUR TRIMA	IDT-00031[6]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 16 de 31

ÉTAPE	RESPONSABLE
5.2 Donneur analphabète/non-voyant	Personnel infirmier TRIMA
<ul style="list-style-type: none"> > Au besoin, le QM peut être complété avec un membre du personnel infirmier. > S'assurer que le dépliant approprié au type de don lui a été lu. > S'assurer de lire le consentement au donneur. > Ajouter un commentaire dans ePROGESA, afin de documenter que le consentement a bien été lu au donneur. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
5.3 Donneur sourd et/ou muet sans interprète	Personnel infirmier TRIMA
<ul style="list-style-type: none"> > Les communications peuvent se faire par écrit. > Ajouter un commentaire dans ePROGESA, afin de documenter la situation. 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
5.4 Donneur sourd et/ou muet avec service d'interprétariat	Personnel infirmier TRIMA
<ul style="list-style-type: none"> > Confirmer que l'interprète n'est pas : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Un membre de la famille du donneur. ◆ Un ami du donneur. ◆ Un collègue de travail. > Ajouter un commentaire dans ePROGESA, afin de documenter le nom de l'interprète. > Lire le dépliant approprié au donneur. <ul style="list-style-type: none"> ◆ PUB-00041 <i>Don de sang - Ce qu'il faut savoir.</i> ◆ PUB-00042 <i>Blood donation What you need to know.</i> > Faire l'entrevue de sélection selon la procédure habituelle. > Aviser le personnel que le don sera effectué en présence de l'interprète. <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>La personne responsable de la collecte est autorisée à signer les documents demandés par l'interprète confirmant qu'il y a eu service d'interprétariat.</p> </div> <hr/>	

ÉTAPE	RESPONSABLE
5.5 Échantillons spécifiques sans don	Personnel infirmier TRIMA
<ul style="list-style-type: none"> > Se référer à l'IDT-00010 <i>Prélèvement d'échantillons spécifiques sans don.</i> 	

ÉTAPE	RESPONSABLE
5.6 QM complété en cabine	Personnel infirmier TRIMA
<ul style="list-style-type: none"> > Accéder au dossier selon le point 1.1 <i>Accès au dossier</i>. > À la fenêtre suivante, sélectionner « Continuer » pour un donneur sans QMLS web. <div style="text-align: center; border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 10px 0;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> > Sélectionner le « Groupe 2 ». > Poser verbalement les questions au donneur et documenter ses réponses selon le point 2.1 <i>Révision du questionnaire médical Groupe 2</i>. 	

EN VIGUEUR

ÉTAPE	RESPONSABLE
5.7 Résultat d'hémoglobine hors-norme	Personnel infirmier TRIMA

5.7.1 Résultat d'hémoglobine trop basse

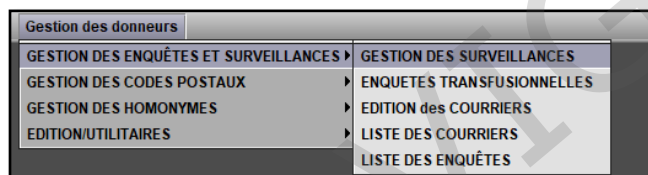
- > Ajouter manuellement l'interdiction dans ePROGESA. Au besoin, consulter l'IDT-00006 *Entrevue de sélection - Interdiction / Particularités*.
 - ◆ Ne pas faire signer le consentement.
- > Retirer le donneur du processus dans VISTA.
 - ◆ Effectuer le « Check-in » du donneur.
 - ◆ Faire le « Remove » du donneur via l'icône « Prepare procedure »
 - ◆ Sélectionner dans le menu déroulant la raison
 - ◆ Saisir dans la fenêtre « Confirm remove donor » le résultat d'hémoglobine.



Pour un don HLA typé prélevé avec une autorisation médicale, saisir l'interdiction manuelle seulement après avoir complété le programme « Prélèvement ».

5.7.2 Résultat d'hémoglobine élevée – Surveillance S011

- > Accéder à ePROGESA, au programme *Gestion des surveillances*.



- > Choisir l'option « Création ».
- > Inscrire le code S011 au champ *Code de surveillance*.
- > Saisir la date du jour + 1 un jour.
 - ◆ Ceci permet au donneur de donner en date du jour si les limites de l'appareil le permettent.
- > Appuyer sur ENTRÉE pour confirmer l'heure.
- > Entrer votre NIP.
- > Ne rien inscrire au champ *Date d'inactivation*.
- > Effectuer ENTRÉE jusqu'au champ *NUMÉRO de DONNEUR* de la fenêtre « TEST ».
- > Saisir avec le lecteur code à barres le numéro du donneur.
- > Appuyer sur ENTRÉE puis sélectionner « ENREGISTRER (F7) » sur la fenêtre « TEST ».
- > Enregistrer la création de la surveillance et quitte le programme.

5.8 Correction du poids pour un donneur qui a maintenant un poids acceptable pour effectuer un don

Personnel infirmier TRIMA



MISE EN CONTEXTE



Lors d'un don précédent, un donneur a été interdit lors de la saisie de son poids, car celui-ci était plus petit que 50 kg. Ce donneur revient effectuer un don sachant que son poids est maintenant acceptable.

Puisque le poids se reporte automatiquement, une interdiction est générée automatiquement lorsque le QM est enregistré.

- > Sélectionner l'onglet *Interdiction* (Alt+4).

QUESTIONNAIRE (Alt-1) <-	DON HISTORIQUE (Alt-5)
Analyses et Questions supplémentaires (Alt-2)	VISU DONS (Alt-6)
COMMENTAIRE (Alt-3)	RESULTATS CONNUS (Alt-7)
INTERDICTIONS (Alt-4) <- A	PRODUITS DEMANDES (Alt-8)

- > Supprimer l'interdiction qui a été générée par le système en date du jour.
- > Sélectionner l'onglet *Questionnaire* (Alt+1).
- > Modifier la question A4 « Poids du donneur ».
 - ◆ Justifiez la modification.
- > Modifier la quantité à prélever de « -1 ml » à « 999 ml. ».

ÉTAPE

RESPONSABLE

5.9 VISTA – Donneur quitte le processus

Personnel infirmier TRIMA

- > Pour un nouveau donneur, rechercher son dossier donneur dans l'onglet « Select Donor » de VISTA.
 - ◆ Inscrire le commentaire suivant dans le « Comment » :
 - Considérer le donneur comme un « nouveau donneur » lors de son prochain don.
 - ◆ Répondre « Non » à la question « Check in donor ».
- > Donneur NON assigné sur l'appareil
 - ◆ Sélectionner le donneur dans l'onglet « Prepare Procedure ».
 - ◆ Cliquer sur le bouton « Remove » et choisir la justification appropriée.
- > Donneur ASSIGNÉ sur l'appareil (pas de ponction)
 - ◆ Ne pas confirmer les informations sur l'appareil.
 - ◆ Sélectionner le donneur dans l'onglet « Assign Machine ».
 - ◆ Cliquer sur le bouton « Remove » et choisir la justification appropriée.



ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE DON APHÉRÈSE SUR TRIMA


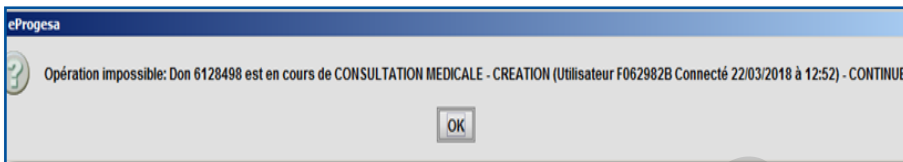

IDT-00031[6]

Vigueur : 02-06-2024

Page 20 de 31

ÉTAPE	RESPONSABLE
5.10 Donneur avec typage HLA et don de plaquettes rares	Personnel infirmier TRIMA
5.10.1 Donneur avec typage HLA	
<ul style="list-style-type: none">> Compléter le ENR-00338 <i>Demande de typage HLA</i><ul style="list-style-type: none">◆ Demander au donneur de lire et de signer/dater le consentement.◆ Signer et dater le formulaire◆ Donneur interdit :<ul style="list-style-type: none">- Il n'est pas nécessaire de prélever les tubes si le donneur est interdit	
5.10.2 Donneur de plaquettes rares	
<ul style="list-style-type: none">> Au besoin, compléter le ENR-00711 <i>Laboratoire de référence et des cellules souches - requête interne, section « Consentement »</i>> Demander au donneur de lire et de signer/dater le consentement.> Signer et dater le formulaire<ul style="list-style-type: none">◆ Donneur interdit :<ul style="list-style-type: none">- Il n'est pas nécessaire de prélever les tubes si le donneur est interdit	

EN VIGILANCE

ÉTAPE	RESPONSABLE
5.11 Dossier bloqué	Personnel infirmier TRIMA
<hr/> <p data-bbox="391 499 1442 600">Si deux utilisateurs sont en même temps dans le programme « consultation médicale » pour un même numéro de donneur ou que le délai d'inactivité (timeout) est atteint alors qu'un dossier est en cours à l'écran, le message suivant apparaît :</p> <div data-bbox="241 604 305 663"></div> <div data-bbox="402 606 1299 766"></div> <hr/> <p data-bbox="118 800 1481 1024">> Aviser le superviseur ou la personne responsable qui doit :</p> <ul data-bbox="170 837 1461 1024" style="list-style-type: none">◆ À l'aide de l'identifiant, aller voir l'utilisateur # 1 qui bloque le don pour qu'il enregistre ou quitte le dossier afin de permettre de poursuivre le processus. <p data-bbox="118 919 1481 982">> En dernier recours (utilisateur qui bloque le dossier est injoignable), prendre en note le numéro de don temporaire.</p> <ul data-bbox="170 993 979 1024" style="list-style-type: none">◆ Débloquer le dossier (programme déblocages des poches). <hr/> <div data-bbox="241 1066 305 1125"></div> <p data-bbox="391 1052 1442 1152">L'utilisateur # 1 ne doit pas enregistrer le dossier si des modifications ont eu lieu avant son retour, sinon toutes les questions obligatoires du groupe 1 non répondues pourraient être manquantes et le don ne pourra s'étiqueter.</p> <hr/>	

Annexes

S/O

ANNEXE 1 – CODE DE COLLECTE ET CODE D'INITIALISATION

CENTRES FIXES		SITE - CODE DE COLLECTE	CODE D'INITIALISATION	SITE - CODE DE COLLECTE	CODE D'INITIALISATION
		Tous les types de prélèvement (sauf prélèvement I)	Tous les types de prélèvement (sauf prélèvement I)	Plasma pour fractionnement (I) (Si applicable)	Plasma pour fractionnement (I) (Si applicable)
EN OPÉRATION	VERSAILLES (GLO-VER)	0560 – M0VEG	10	0562 – P0VEP	15
	DIX30 (GLO-DIX30)	0560 – M0DIG	30	0562 – P0DIP	35
	LAVAL (GLO-LAVAL)	0560 – M0LVG	40	0562 – P0LVP	45
	LEBOURGNEUF (GLO-LEB)	0561 – Q0LBG	90	0562 – P0LBP	95
	STE-FOY (GLO-FOY)	0561 – Q0SFG	20	0562 – P0SFP	25
	TROIS-RIVIÈRES (SDP-TR)	0561 – Q0TRG	50	0562 – P0TRP	55
	SAGUENAY (SDP-SAG)	0561 – Q0SAG	60	0562 – P0SAP	65
	SHERBROOKE (SDP-SHER)	0560 – M0SHG	70	0562 – P0SHP	75
	GATINEAU (SDP-GAT)	0560 – M0GAG	80	0562 – P0GAP	85
	KIRKLAND (GLO-KIR)	0560 – M0KIG	100	0562 – P0KIP	105
FERMÉ	LAURIER (GLO-LAU)	0561 – Q0LAG	20	0562 – P0LAP	25

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

ANNEXE 2 – MESURE DU TAUX D'HÉMOGLOBINE

Mise en service de l'appareil

- > Aucune procédure d'installation n'est nécessaire.
- > L'écran est toujours allumé, l'analyseur n'est pas doté d'un interrupteur marche/arrêt (ON/OFF).

Prise du taux d'hémoglobine



1. S'assurer que la main soit chaude et relâchée. Effectuer le prélèvement sur le majeur ou l'annulaire. Éviter les doigts avec des bagues.



2. Nettoyer le bout du doigt avec de l'alcool isopropylique à 70%. Sécher à l'aide d'une compresse.



3. Masser légèrement le doigt en direction de sa pointe pour augmenter le flux de sang.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

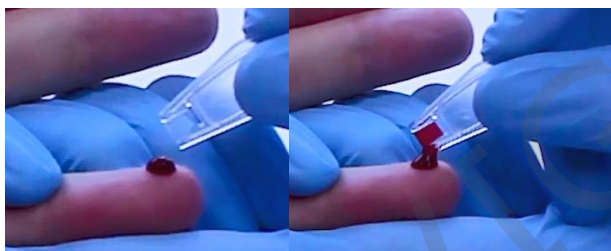
Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



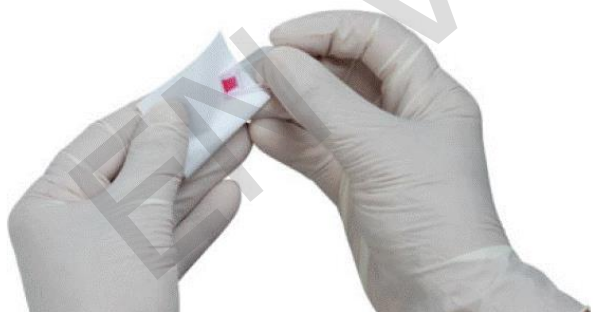
4. Piquer le doigt désinfecté avec une lancette stérile. Effectuer l'incision sur la face latérale du doigt pour faciliter le remplissage de la cuvette.



5. Exercer une légère pression en direction de la pointe du doigt jusqu'à ce qu'une goutte de sang apparaisse. Essuyer les trois premières gouttes avec une compresse.



6. S'assurer que la quatrième goutte de sang soit suffisamment grande pour remplir la cuvette en une seule fois. Remplir la cuvette en touchant la goutte de sang avec le coin de la cuvette. Remplir la cuvette sans aucune interruption.



7. Essuyer, à l'aide d'une compresse l'extérieur de la cuvette. Vérifier que la cuvette soit entièrement remplie et sans bulles d'air.

Effectuer les mesures uniquement avec des cuvettes entièrement remplies.



8. Placer la cuvette remplie dans le porte-cuvette et le pousser doucement vers le bas jusqu'à perception d'un « déclic ». Le taux d'hémoglobine s'affichera de manière instantanée.



9. Retirer rapidement la cuvette. Noter le résultat du test dès que la coche ✓ s'affiche et le consigner au dossier du donneur.

Note : Le résultat restera affiché à l'écran jusqu'à ce qu'il soit remplacé par la valeur de la mesure suivante.



10. Effacer les données apparaissant à l'affichage après chaque utilisation. Effectuer une mesure à « vide » en poussant le porte-cuvette vide vers le bas dans l'appareil.

Dans le cas où l'échantillon est difficile à prélever, ne pas analyser et reprendre la ponction.



Ne pas mesurer une même cuvette deux fois.


Une fois le sachet ouvert, les cuvettes demeurent stables jusqu'à la date de péremption indiquée sur le sachet.

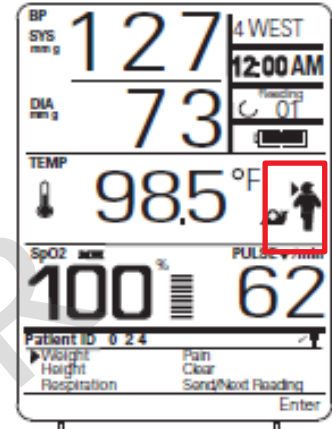
Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.


Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

ANNEXE 3 – PRISE DES SIGNES VITAUX

Utilisation du moniteur Welch Allyn, SPOT Lxi

- > Avant chaque utilisation, vérifier le bon fonctionnement de l’affichage du moniteur et l’absence de code d’erreur.
- > Retirer la sonde de température du puits et s’assurer que l’icône de température ORALE clignote¹.
- > Insérer la sonde dans un protège sonde, mettre rapidement sous la langue du donneur.
 - ◆ Maintenir en place jusqu’à ce que l’appareil émette trois « bip ».
- > Jeter le protecteur de sonde dans un contenant de déchets domestiques.
- > Consigner les données nécessaires dans ePROGESA.
 - ◆ Au besoin, se référer au manuel des critères de sélection des donneurs (MCSD).
- > Effacer les données apparaissant à l’affichage après chaque utilisation.
 - ◆ Appuyer 2 fois sur le bouton « MEM » de l’appareil 



Pour modifier le mode de température, appuyer sur le « bouton de navigateur » vers le haut ou vers le bas jusqu’à ce que l’icône appropriée clignote. 

Appuyer sur le bouton « sélection ». 

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

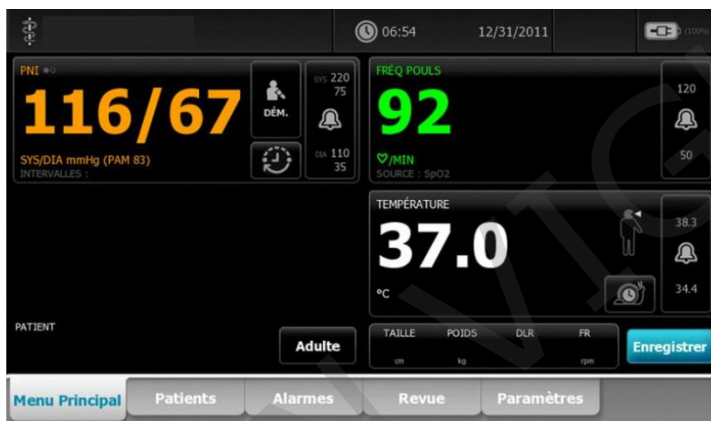
Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

Utilisation des moniteurs Welch Allyn, modèle 6000 series et modèle 4400

- > Avant chaque utilisation, vérifier le bon fonctionnement de l'affichage du moniteur et l'absence de code d'erreur.
- > Retirer la sonde de température du puits et s'assurer que le mode de température sélectionné est « orale ».
- > Insérer la sonde dans un protège sonde, mettre rapidement sous la langue du donneur.
 - ◆ Maintenir en place jusqu'à ce que l'appareil émette une tonalité.
- > Jeter le protecteur de sonde dans un contenant de déchets domestiques.
- > Consigner les données nécessaires dans ePROGESA.
 - ◆ Au besoin, se référer au manuel des critères de sélection des donneurs (MCSD).
- > Effacer les données apparaissant à l'affichage après chaque utilisation.
 - ◆ Appuyer sur enregistrer. Enregistrer



Écran modèle 6000 series



Écran modèle 4400



Pour modifier le mode de température, appuyer sur l'icône « site de mesure de température » afin de basculer entre les différents sites.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

ANNEXE 4 – RESTRICTION À SAISIR AU SCREENING RESULT

- > S'assurer de remonter jusqu'au début du questionnaire pour vérifier les réponses aux questions énumérées ci-bas.

Critère	Type de QM	Question du QMLS / Réponses	Sélectionner dans VISTA											
			Ne pas prélever de produits plaquettaires	ATCD	Ne pas prélever de culots par aphérèse									
Médicaments inacceptables – Inhibiteurs d'agrégation plaquettaire Dans ePROGESA vous devez sélectionner en tout temps le médicament mentionné.	Long Abrégé	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">06</td> <td style="width: 65%;">Au cours des 3 derniers jours, avez-vous pris des médicaments?</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">Oui</td> </tr> <tr> <td>0A</td> <td>Quels médicaments avez-vous pris au cours des 3 derniers jours?</td> <td>Méd. inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire</td> </tr> <tr> <td>0F</td> <td>Sélectionner tous les médicaments inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Note : Vérifier dans le MCSD si le médicament est inhibiteur de l'agrégation plaquettaire. Choisir le dispositif en fonction de l'information du MCSD.</p>	06	Au cours des 3 derniers jours, avez-vous pris des médicaments?	Oui	0A	Quels médicaments avez-vous pris au cours des 3 derniers jours?	Méd. inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire	0F	Sélectionner tous les médicaments inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire		✓	---	---
06	Au cours des 3 derniers jours, avez-vous pris des médicaments?	Oui												
0A	Quels médicaments avez-vous pris au cours des 3 derniers jours?	Méd. inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire												
0F	Sélectionner tous les médicaments inacceptables/inhibiteurs agr. plaquettaire													
ATCD – grossesse	Long Abrégé	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">27</td> <td style="width: 65%;">Avez-vous déjà été enceinte (accouchement, fausse couche, avortement ou grossesse ectopique)?</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">Oui</td> </tr> </table>	27	Avez-vous déjà été enceinte (accouchement, fausse couche, avortement ou grossesse ectopique)?	Oui	✓	✓	---						
27	Avez-vous déjà été enceinte (accouchement, fausse couche, avortement ou grossesse ectopique)?	Oui												
QUESTION : Conséquences d'analyses	Long Abrégé	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 65%;">Question</th> <th style="width: 30%;">Reponse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>03</td> <td>Ne pas prélever de produits plaquettaires</td> <td>OK</td> </tr> </tbody> </table>		Question	Reponse	03	Ne pas prélever de produits plaquettaires	OK	✓	---	---			
			Question	Reponse										
03	Ne pas prélever de produits plaquettaires	OK												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">HI</td> <td style="width: 65%;">Ne pas prélever de culots par aphérèse/Sang total : Prioriser un dispositif T1:</td> <td style="width: 30%;">OK</td> </tr> </table>	HI	Ne pas prélever de culots par aphérèse/Sang total : Prioriser un dispositif T1:	OK	---	---	✓								
HI	Ne pas prélever de culots par aphérèse/Sang total : Prioriser un dispositif T1:	OK												

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

ANNEXE 5 – VALEUR RÉFÉRENCE DU TAUX DE PLAQUETTE POUR UN 1^{ER} DON

Valeurs de référence du taux de plaquettes (x1000/μl) (Lorsque Vista ne propose pas un taux de plaquettes)*	
Femme	271
Homme	224

*Ces valeurs doivent être mises à jour au besoin.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

ANNEXE 6 – CHOIX DE LA FOCUS LIST

CHOIX DE LA FOCUS LIST		
Focus List	Type de prélèvement	Particularités
1.1 TH	Utilisé pour les prélèvements de plaquettes seulement sans prélèvement de plasma.	Aucune
1.2 TH + PC	Utilisé pour les prélèvements de plaquettes et plasma (volume pour transfusion ou fractionnement).	Cette « Focus list » est utilisée pour les donneurs qui effectuent des dons régulièrement et pour lesquels nous ne souhaitons pas prélever de culot. Les types de prélèvement proposés tiendront compte du groupe sanguin du donneur.
1.3 TH Non fréquent	Utilisé pour les prélèvements de culot avec plaquettes et plasma (volumes pour transfusion ou fractionnement).	Cette « Focus list » est utilisée pour les donneurs qui n'effectuent pas des dons régulièrement. Les types de prélèvement proposés tiendront compte du groupe sanguin du donneur.
1.4 TOUS	Utilisé pour les donneurs sans groupe sanguin connu, mais avec un résultat de taux plaquettaires au dossier Vista.	Les types de prélèvement proposés tiendront compte du groupe sanguin du donneur si utilisé lors de demande spéciale (Ex : C pour un groupe A pos)
1.5 PLASMA	Plasmaphérèse (4)	Aucune
1.6 NOUVEAUX DONNEURS	Utilisé pour les donneurs sans résultat de taux plaquettaires au dossier Vista.	Cette « Focus List » ne permet pas de prélever une DTH pour ce type de donneur.

Pour les donneurs IgA déficient :



- > Choisir la « Focus List » « 1.4 TOUS » afin d'avoir accès à un type de prélèvement avec PC2 ou PC1.
- > Privilégier le prélèvement Th + PC2.

Pour les donneurs de groupe AB :



- > Choisir la « Focus List » « 1.2 TH+PC ou 1.3 TH Non fréquent afin d'avoir accès à un type de prélèvement avec PC2 ou PC1.

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

	ENTREVUE DE SÉLECTION D'UN DONNEUR DE DON APHÉRÈSE SUR TRIMA	IDT-00031[6]
		Vigueur : 02-06-2024
		Page 31 de 31

Liste des modifications

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Tout	Transfert dans le nouveau gabarit	Mise en vigueur d'un nouveau gabarit	GAB-IDT-v3
1.1.1, 2e puce, case d'avertissement	Ajout « Par exemple, il est possible de retirer les caractères spéciaux dans le nom et le prénom lorsqu'une preuve (pièce d'identité) est disponible. Il est aussi possible de modifier le nom de jeune fille lorsqu'une photo est présente au dossier du donneur, à l'aide des nouvelles informations présentes sur la pièce d'identité. »	Information manquante : harmonisation avec l'IDT-00004[12], section 4.2, 2 ^e sous-puce, case d'avertissement.	IDT-00004[12] (Section 4.2) Opportunité d'amélioration
3.1, 1 ^{ère} cloche et 2 ^e puce	Retrait de la prise de tension artérielle.	L'étude AMI-2140 a démontrée qu'il n'y a aucune association observée entre une valeur de tensions artérielle hors norme et un risque de réaction vasovagale ou complication cardiovasculaire majeure. En conséquence, la prise de la tension artérielle est retirée.	CC-PRB-02044
Annexe 3			
5.7.1	Ajout d'un point d'information: « Pour un don HLA typé prélevé avec une autorisation médicale, saisir l'interdiction manuelle seulement après avoir complété le programme « Prélèvement ».	Ajout d'une précision dans le cas d'un don HLA typé accepté par la Direction Médicale et pour lequel un code d'interdiction manuel doit être saisi pour une Hb basse.	S/O
5.10.1	Retirer : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Apposer une étiquette de numéro de don dans la case prévue à cet effet dans la section Prélèvement 	Consigne identique présente dans l'IDT-00032[9] section 5.8.1. L'étiquette d'identification est apposée lors de l'inscription du donneur.	IDT-00032[9] section 5.8.1

Référence : OC-08968

Numéro du document	MAN-00074 [23]
Numéro historique	MCS D Module 01
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents
PFN-00261	Confirmation de typage HLA pour les donneurs québécois de cellules souches

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	22-04-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	25-04-2024
Direction médicale	Christian Renaud	19-04-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	06-05-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	09-05-2024



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
AAA	Cœur, Anévrisme	Autre raison	---
AAT	Cœur, Anévrisme	Autre raison	---
Abcès	Abcès	Autre raison	05- Infection – Autre
Ablation de la rate	Chirurgie, splénectomie	Chirurgie – Splénectomie	---
Ablation par radiofréquence = ablation	Cœur, Arythmies, arythmies corrigées	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
Accident cérébrovasculaire	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	21- AVC/ICT
Accident ischémique transitoire (AIT)	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	21- AVC/ICT
Accident vasculaire cérébral	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	21- AVC/ICT
Accouchement	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	C8
Acné	Acné ACCEPTER	Autre raison	---
Acupuncture	Acupuncture	---	41-
ACV	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	21- AVC/ICT
Addison, maladie d'	Addison, maladie d' INTERDIRE – MADD	Autre raison	---
Adénome (hépatique ou autre)	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Âge	Âge	---	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Agression sexuelle	Agression sexuelle	Autre raison	---
AIC	Anévrisme Intracrânien	Autre raison	---
Aiguille souillée de sang	Aiguille souillée de sang, blessure avec	Contact sang / piqûre aiguille / morsure humaine	42-
AIT	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	21- AVC/ICT
Allaitement	Grossesse ACCEPTER	Autre raison	---
Albumine	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Alcool / alcoolisme	Consentement éclairé	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Allergie	Allergie ACCEPTER	Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON
Allergie cutanée	Lésion au site de ponction	Autre raison	---
Allogreffe	Greffe – Allogreffe	Greffe	17-
Alzheimer	Alzheimer, maladie de INTERDIRE – ALZH	Autre raison	---
Aménorrhée	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Amibiase	Dysenterie amibienne	Dysenterie amibienne	05- Infection – Dysenterie amibienne
Amygdalite	Mal de gorge	Autre raison	05- Mal de gorge
Analyse des protéines sériques	Protéines sériques, analyse des (APS)	---	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Anémie	Anémie	Maladie du sang	22- Sang – Anémie
Anémie falciforme (trait)	Anémie, trait falciforme / drépanocytaire ACCEPTER	Maladie du sang	22- Sang – Anémie
Anémie ferriprive (carence en fer)	Anémie, anémie ferriprive (carence en fer)	Maladie du sang	22- Sang – Anémie
Anémie hémolytique du nouveau-né	Anémie (hémolytique du nouveau-né) ACCEPTER	Maladie du sang	22- Sang – Anémie
Anémie pernicieuse	Anémie, anémie pernicieuse INTERDIRE – 0730	Maladie du sang	22- Sang – Anémie
Anévrisme de l'aorte abdominale / thoracique	Cœur	Autre raison	---
Anévrisme intracrânien	Anévrisme intracrânien	Autre raison	---
Angine	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation
Angiographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Angioplastie coronarienne	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation
Angioplastie fémorale	Chirurgie vasculaire	Chirurgie – Vasculaire	---
Ankylostomiase	Infection parasitaire ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Anneau gastrique	Chirurgie bariatrique	Chirurgie – Bariatrique	---
Anorexie	--- ACCEPTER	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Antithrombine III (tout type), déficit en	Trouble de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Antithrombine, déficit en	Trouble de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Anxiété	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Aphte	Ulcère buccal ACCEPTER	Autre raison	---
Apnée du sommeil	Apnée du sommeil	Autre raison	---
APS (Analyse des protéines sériques)	Protéines sériques, analyse des (APS)	---	---
Arbovirus - Malade	Arbovirus	Autre raison	---
Arbovirus – Zone endémique	Cardex arbovirus (SPE-01085)	---	HY-
Arthrite AUTRE que psoriasique, rhumatoïde ou infectieuse	Arthrite, autre que rhumatoïde, psoriasique ou infectieuse ACCEPTER	Autre raison	---
Arthrite infectieuse	Arthrite, infectieuse	Autre raison	---
Arthrite psoriasique	Arthrite rhumatoïde ou psoriasique	Autre raison	---
Arthrite rhumatoïde	Arthrite rhumatoïde ou psoriasique	Autre raison	---
Arthrographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Arthroscopie	Arthroscopie ACCEPTER	Autre raison	---
Arthrose	Arthrose ACCEPTER	Autre raison	---
Arythmies	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
Ascariase	Infection parasitaire ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Asthme (crise)	Asthme (crise)	Maladie des poumons	22- Poumons – asthme crise
Asthme chronique	Asthme chronique	Maladie des poumons	22- Poumons – asthme chronique
Atpyie cellulaire	Cancer, cellules précancéreuses ACCEPTER	Autre raison	---
Autogreffe	Greffe - autogreffe	Greffe	17- Autogreffe
Attente d'information	Attente d'information INTERDIRE-INFO	Autre raison	---
AVC	Accident vasculaire cérébral (AVC)/ Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	21- AVC/ICT
Avortement	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	C8
Babésiose	Babésiose INTERDIRE – 0132	05- Chagas/Babésiose/ Leishmaniose/Malaria 15- Babésiose	24- Babésiose
Bactérie Helicobacter pylori	Ulcère gastrique/duodéal	Autre raison	05- Infection – Autre
Bactérie mangeuse de chair – Personne exposée	Infection, personne exposée à bactérie mangeuse de chair	Bactérie mangeuse de chair – Exposition à	---
Bactérie mangeuse de chair – Malade	Bactérie mangeuse de chair , maladie	Bactérie mangeuse de chair	05- Infection – Bactérie mangeuse de chair
Barrière linguistique	--- INTERDIRE – 808F	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Berger, maladie de	Berger, maladie de INTERDIRE – RINP	Maladie du rein	22- Reins – Maladie de Berger

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Biopsie, en attente de résultat	Biopsie, en attente de résultat	Autre raison	---
Biopsie, avec résultat	Voir maladie sous-jacente	---	---
Bipolarité	-- ACCEPTER	Autre raison	---
Blanchiment des dents	Dentiste ACCEPTER	---	13-
Blastomycose	Blastomycose	Blastomycose	05- Infection – Blastomycose
Blessure avec aiguille	Aiguille souillée de sang (blessure avec)	Contact sang / piqûre aiguille / morsure humaine	42-
Blessure musculo-squelettique	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Botox	Botox ACCEPTER	---	06- Médicament acceptable
Botulisme	Botulisme	Autre raison	---
Boulimie	-- ACCEPTER	Autre raison	---
Bradycardie	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
Bronchiectasie	Bronchiectasie INTERDIRE – 0400	Maladie des poumons	22- Poumons – Bronchiectasie
Bronchite aiguë	Bronchite	Bronchite	05- Infection – Bronchite

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Bronchite chronique	MPOC	Maladie des poumons	22- Poumons – MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)
Brûlement d'estomac	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Brucellose – Personne exposée	Infection, personne exposée à brucellose	Brucellose – Exposition à	---
Brucellose – Malade	Brucellose INTERDIRE – 0130	Brucellose	05- Infection – Brucellose
Burn-out	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Bursite	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
C. difficile	<i>Clostridium difficile</i>	<i>Clostridium difficile</i>	05- Infection – <i>Clostridium difficile</i>
Calcul biliaire	Calcul biliaire	Jaunisse-calcul biliaire	---
Calcul glande salivaire	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Calcul rénal	Calcul rénal	Maladie du rein	22- Reins – Calcul rénal (urinaire)
Canal carpien	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Cancer	Cancer	Cancer	23-
Cancer de la peau	Cancer	Cancer	23- Cancer de la peau
Cancer du col de l'utérus	Cancer	Cancer	23- Cancer du col de l'utérus <i>in situ</i>

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Candida albicans	Muguet (<i>Candida albicans</i>)	Muguet	05- Infection – Muguet
Carcinome de la peau (idem à cancer de la peau)	Cancer	Cancer	23- Cancer de la peau
Carcinome du col de l'utérus (idem à cancer de l'utérus)	Cancer	Cancer	23- Cancer du col de l'utérus <i>in situ</i>
Cardiopathie congénitale	Cœur, Malformation cardiaque congénitale	Maladie du cœur	22- Cœur – Malformation cardiaque congénitale
Carotides	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie	---
Cataractes	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Cathétérisme vésical	Sonde vésicale INTERDIRE – SOND	Autre raison	---
Cellules atypiques	Cancer, cellules précancéreuses ACCEPTER	Autre raison	---
Cellules précancéreuses	Cancer, cellules précancéreuses ACCEPTER	Autre raison	---
Cellulite	Infection de la peau	Infection de la peau	05- Infection – Autre
Céphalée	Céphalée ACCEPTER	Autre raison	04-
Céphalée de Horton	Céphalée ACCEPTER	Autre raison	04-
Cerveau, tumeur bénigne du	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Chagas risque de transmission	PSL : Chagas ACCEPTER	---	02- et/ou 37-



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
	Plasma de fractionnement : non applicable	---	---
Chagas – Malade	Chagas, maladie de INTERDIRE – 0133	05- Chagas/Babésiose/ Leishmaniose/Malaria 15- Maladie de Chagas	24- Chagas
Chalazion	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Champignons, infection	Champignons, infection (mycose superficielle) ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / Mycose
Chancre mou	Chancre mou	Chancre mou	05- Infection – Chancre mou
Chikungunya – Malade	Arbovirus	Autre raison	---
Chikungunya – Zone endémique	Arbovirus	---	HY-
Chirurgie	Chirurgie	Chirurgie	---
Chirurgie au laser	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Chirurgie bariatrique	Chirurgie, bariatrique	Chirurgie – Bariatrique	---
Chirurgie cardiaque	Cœur, Chirurgie cardiaque	Chirurgie – Cardiaque	22- Cœur – Chirurgie cardiaque
Chirurgie dentaire	Dentiste	---	13-
Chirurgie orthopédique	Chirurgie orthopédique Blessure musculo-squelettique	Chirurgie – Orthopédique	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Chirurgie vasculaire	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie – Vasculaire	---
Chirurgie, toute forme de	Chirurgie	Chirurgie	---
Chlamydia	Chlamydia	Chlamydia	05- Chlamydia
Choc post-traumatique	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Cholécystite	Cholécystite	Autre raison	---
Cholestase de grossesse	Jaunisse/Ictère – grossesse ACCEPTER	Jaunisse-grossesse	---
Cholestérol	Hypercholestérolémie ACCEPTER	Autre raison	---
Chorée de Huntington	Huntington, chorée de ACCEPTER	Autre raison	---
Cinquième maladie – Personne exposée	Infection, personne exposée à cinquième maladie	Cinquième maladie – Exposition à	---
Cinquième maladie – Malade	Cinquième maladie, maladie	Cinquième maladie	05- Infection – Cinquième maladie
Cirrhose du foie	Cirrhose du foie INTERDIRE – 1240	Autre raison	---
Clostridium difficile	<i>Clostridium difficile</i>	<i>Clostridium difficile</i>	05- Infection – <i>Clostridium difficile</i>
Clostridium difficile – Personne exposée	Infection personne exposée à, Clostridium difficile ACCEPTER	<i>Clostridium difficile</i> – Exposition à	---
CMV	Cytomégalovirus, infection	Cytomégalovirus (CMV)	05- Infection – Cytomégalovirus
Coagulation, troubles de la	Troubles de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Cœliaque, maladie	Cœliaque, maladie	Autre raison	---



MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Cœur, intervention chirurgicale au	Cœur, Chirurgie cardiaque	Maladie du cœur	22- Cœur – Chirurgie cardiaque
Colique néphrétique	Calcul rénal	Maladie du rein	22- Reins – Calcul rénal (urinaire)
Colite ulcéreuse	Colite ulcéreuse	Autre raison	---
Côlon irritable, syndrome du	Côlon irritable, syndrome du	Autre raison	---
Colonoscopie / Coloscopie	Laparoscopie ACCEPTER (appliquer comme)	Autre raison	---
Colostomie	Colostomie ACCEPTER	Autre raison	---
Coma	Coma	Coma	21- Coma
Coma éthylique antérieur	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Comédon	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Commotion cérébrale	Traumatisme crânien	Traumatisme crânien	
Condylome	Condylome ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
Conjonctivite	Médicaments, topiques infection ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Conjonctivite / Orgelet
Consentement éclairé	Consentement éclairé	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Contact avec du sang	Contact avec du sang	Contact sang / piqûre aiguille / morsure humaine	42-
Contact avec du sang menstruel	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Contusion	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Coqueluche – Malade	Coqueluche, maladie	Coqueluche	05- Infection – Coqueluche
Coqueluche – Personne exposée	Infection personne exposée à, coqueluche	Coqueluche – Exposition à	---
Cornée, greffe de	Greffe, Allogreffe	Greffe	17- Allogreffe
Coronographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Couronne	Dentiste	---	13-
COVID-19 (Coronavirus) Infection	COVID-19 (Coronavirus)	Autre raison	LG-
Crampes menstruelles	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Creutzfeldt-Jakob, forme classique – Malade	Creutzfeldt-Jakob, (CJ) maladie de INTERDIRE – 0131	Autre raison	---
Creutzfeldt-Jakob, forme classique – Personne apparentée	Creutzfeldt-Jakob, (CJ) maladie de	Autre raison	---



MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Crise cardiaque	Cœur, MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation
Crohn, maladie de	Crohn, maladie de INTERDIRE – 1220	Maladie de Crohn	23- Maladie de Crohn
CT-scan	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Curetage	Curetage	Autre raison	---
Curetage dentaire	Dentiste	---	13-
Cysticercose	Infection parasitaire ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Cystite infectieuse	Cystite	Cystite infectieuse	05- Cystite infectieuse
Cystite interstitielle (non infectieuse)	Cystite	Cystite interstitielle (non infectieuse)	---
Cystoscopie	Laparoscopie (appliquer comme) ACCEPTER	Autre raison	---
Cytomégalovirus	Cytomégalovirus, infection	Cytomégalovirus (CMV)	05- Infection – Cytomégalovirus
Cytomégalovirus	Hépatite (Jaunisse) liée, au Cytomégalovirus	05- Hépatite 15- Jaunisse – Hépatite	20- Hépatite CMV
Décollement de la rétine	---	ACCEPTER	Autre raison
Décompte de plaquettes	Formule sanguine	---	---
Déficience intellectuelle	Consentement éclairé	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Dégénérescence maculaire	Dégénérescence maculaire ACCEPTER	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCS	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Dengue	Dengue	Dengue	05- Infection – Dengue
Dengue – Zone endémique	Arbovirus	---	HY-
Densitométrie osseuse	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Dentiste	Dentiste	---	13-
Dépistage ITS (avec résultat NEG)	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Dépression	Consentement éclairé	Autre raison	---
Dérivation bilio-pancréatique	Chirurgie, bariatrique	Chirurgie – Bariatrique	---
Dérivation ventriculo-péritonéale	Dérivation INTERDIRE – 0500 ventriculo-péritonéale	Autre raison	---
Dermatite	Lésion au site de ponction	Autre raison	---
Dermatite séborrhéique	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Désensibilisation, injection de	Allergie ACCEPTER	Autre raison	---
Détachement du vitré	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Diabète	Diabète	Diabète	23-
Diarrhée	Diarrhée	Autre raison	05- Infection – Autre
Diète	Poids	Autre raison	---
Diptérie	Diptérie	Autre raison	---
Diverticules	Diverticulose ACCEPTER	Autre raison	---
Diverticulite	Diverticulite	Autre raison	---
Diverticulose	Diverticulose ACCEPTER	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Dons, intervalle	Dons, intervalle	---	---
Douleur abdominale (mal de ventre)	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Douleurs menstruelles	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Douleur musculo-squelettique (peu importe l'endroit)	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Drain de dérivation	Dérivation ventriculo-péritonéale INTERDIRE – 0500	Autre raison	---
Drogue, consommation (sauf par injection)	Consentement éclairé	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Drogue par injection	Drogue par injection INTERDIRE – 0175–		54-
Dupuytren, maladie de	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Dure-mère, greffe de	Greffe INTERDIRE – DMER	Greffe	17- Dure-mère (enveloppe du cerveau) et/ou 18-
Dysenterie amibienne	Dysenterie amibienne	Dysenterie amibienne	05- Infection – Dysenterie amibienne
Dysenterie bacillaire	Dysenterie bacillaire	Autre raison	05- Infection – Autre



MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Dysplasie	Cancer, cellules précancéreuses ACCEPTER	Autre raison	---
Dysplasie cervicale	Cancer, cellules précancéreuses ACCEPTER	Autre raison	---
Dystrophie musculaire	Dystrophie musculaire ACCEPTER	Autre raison	---
Échinococcose hydatique	Infection parasitaire ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Éclampsie	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Eczéma	Lésion au site de ponction	Autre raison	---
Électrolyse	Électrolyse	---	41-
Embolie pulmonaire	Embolie pulmonaire	Maladie des poumons	22- Poumons – Embolie pulmonaire
Embolisation des artères coronaires	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation
Emphysème	MPOC	Maladie des poumons	22- Poumons – MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)
Empreintes dentaires	Dentiste ACCEPTER	---	13-
Enceinte	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	C8
Encéphalite	Encéphalite	Encéphalite	05- Encéphalite

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Endartériectomie (carotides)	Chirurgie, vasculaire INTERDIRE – 1500	Chirurgie – Vasculaire	---
Endométriose	Endométriose ACCEPTER	Autre raison	---
Entorse	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Épilepsie	Épilepsie	Épilepsie	21- Épilepsie
Épine de Lenoir	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Épistaxis	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Épithélioma baso/spinocellulaire (cancer de la peau)	Cancer	Cancer	23- Cancer de la peau
Epstein-Barr, virus	Mononucléose infectieuse	Mononucléose infectieuse	05- Infection – Mononucléose infectieuse
Érythrocytose	Polyglobulie	Maladie du sang	22- Sang – Polyglobulie
Essai clinique	Liste des médicaments inacceptables ou vaccin	---	06- Essai clinique et/ou 11- Vaccin – Essai clinique
Examen baryté	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Examens radiologiques et imageries médicales	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Extraction dentaire	Dentiste	---	13-
Extrasystoles	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
Facteur II, mutation du gène du	Trouble de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Facteur V Leiden	Trouble de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Facteurs de coagulation plasmatique (origine humaine)	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Facteurs de coagulation de type recombinant	Produits sanguins, receveur de ACCEPTER	Autre raison	--
Fatigue	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Fatigue chronique	Fatigue chronique, syndrome de ACCEPTER	Autre raison	---
Fausse couche	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	C8
Fécondation in vitro	Insémination artificielle / Fécondation in vitro	Autre raison	---
Femme enceinte	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	C8
Fer, prise de	Fer, prise de	Autre raison	06- Médicament acceptable
Fertilité	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Fibrillation auriculaire	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Fibrome	Fibrome	Autre raison	---
Fibromyalgie	Fibromyalgie ACCEPTER	Autre raison	---
Fièvre	Fièvre	Autre raison	05- Fièvre
Fièvre des foins	Allergie ACCEPTER	Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON
Fièvre jaune	Fièvre jaune	Fièvre jaune	05- Infection – Fièvre jaune
Fièvre Q	Fièvre Q	Fièvre Q	05- Infection – Fièvre Q
Fièvre récurrente	Fièvre récurrente	Autre raison	---
Fièvre typhoïde	Fièvre typhoïde	Fièvre typhoïde	05- Infection – Fièvre typhoïde
Filariose	Infection parasitaire inacceptable	Filariose	05- Infection – Filariose
Fissure anale	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Foie gras	Stéatose hépatique (foie gras) ACCEPTER	Autre raison	---
Formule sanguine	Formule sanguine	---	---
Fracture	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Fracture du crâne	Traumatisme crânien	Traumatisme crânien	---
Fréquence des dons	Dons, intervalle	---	---
Furoncle	Abcès	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Gale	Gale	Autre raison	---
Gammaglobulines	Produits sanguins, receveur de	Transfusion – Produits sanguins	16-
Gastrite	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Gastro-entérite	Gastro-entérite	Autre raison	05- Infection – Autre
Gastroscopie	Laparoscopie ACCEPTER (appliquer comme)	Autre raison	---
Gène défectueux (porteur de) sans maladie	Gène défectueux (porteur de) sans maladie ACCEPTER	Gène défectueux (porteur de) sans maladie	---
Giardiase	Giardiase	Giardiase	05- Infection – Giardiase
Gilbert, maladie de	Gilbert, maladie de	Autre raison	---
Glaucome	Glaucome ACCEPTER	Autre raison	---
Glande salivaire obstruée	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Glomérulonéphrite	Glomérulonéphrite	Maladie du rein	22- Reins - glomérulonéphrite
Gluten, intolérance / entéropathie au	Coeliaque, maladie	Autre raison	---
Goitre	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Gonadotrophine humaine	Gonadotrophine humaine	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Gonorrhée	Gonorrhée	05- Gonorrhée 15- Gonorrhée	51-
Goutte	Goutte	Autre raison	---
Granulome annulaire	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Granulome inguinal	Granulome inguinal	Granulome inguinal	05- Infection – Granulome inguinal
Graves, maladie de	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Grefe	Greffes	Grefe	17-
Grefe de cornée	Greffes, allogrefe	Grefe	17- Allogrefe
Grefe de dure-mère	Greffes INTERDIRE – DMER	Grefe	17- Dure-mère (enveloppe du cerveau) et/ou 18-
Grefe de gencives (allogrefe)	Greffes, allogrefe	Grefe	17- Allogrefe
Grefe de gencives (autogrefe)	Dentiste	---	13- et/ou 17- Autogrefe gencive
Grefe de tissu animal	Greffes	Grefe	17- Tissu animal
Grefe synthétique	Greffes	Grefe	17- Tissu synthétique
Grippe	Grippe	Autre raison	05- Grippe
Grossesse	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	C8
Guillain-Barré	Guillain-Barré, syndrome de	Autre raison	---
Hashimoto, maladie de	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Helicobacter pylori	Ulcère gastrique/duodéal	Autre raison	05- Infection – Autre
Hémangiome hépatique	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Hémochromatose (héréditaire / génétique)	Hémochromatose (héréditaire / génétique)	Maladie du sang	22- Sang – Hémochromatose
Hémoglobine	Hémoglobine	<i>Signes vitaux</i>	<i>Signes vitaux</i>
Hémophilie – Malade	Troubles de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Hémophilie – Porteur du gène	Trouble de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Hémorroïdes	Hémorroïdes ACCEPTER	Autre raison	---
Hépatite – Personne exposée	Hépatite, personne exposée à	Hépatite – Relation sexuelle avec et/ou Hépatite – Exposition à	45-
Hépatite A, B, C ou E, Infection	Hépatite maladie, A, B, C ou E	Hépatite	20-
Hépatite liée à l'alcool	Hépatite liée à l'alcool	05- Hépatite 15- Hépatite	20- Hépatite alcool
Hépatite liée à la mononucléose	Hépatite liée à la mononucléose	05- Hépatite 15- Hépatite	20- Hépatite mononucléose
Hépatite liée à un médicament	Hépatite liée à un médicament	05- Hépatite 15- Hépatite	20- Hépatite médicament
Hépatite liée au cytomégalovirus	Hépatite liée au cytomégalovirus	05- Hépatite 15- Hépatite	20- Hépatite CMV



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Hépatite, dépistage du partenaire sexuel à Héma-Québec	Hépatite, dépistage du partenaire sexuel à Héma-Québec	Hépatite – Relation sexuelle avec	45-
Hépatite, étiologie inconnue – Malade	Hépatite/ maladie, Hépatite étiologie inconnue	05- Hépatite 15- Hépatite	20- Hépatite / jaunisse inconnue
Hépatite, étiologie inconnue – Personne exposée	Hépatite/personne exposée, Hépatite étiologie inconnue	Hépatite – Relation sexuelle avec	45-
Herbe à puce	Herbe à puce (sumac vénéneux)	Autre raison	---
Hernie cervicale / dorsale / lombaire	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Hernie diaphragmatique	Hernie hiatale	Autre raison	---
Hernie hiatale	Hernie hiatale	Autre raison	---
Hernie inguinale non opérée	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Hernie inguinale opérée	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Hernie ombilicale non opérée	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Hernie ombilicale opérée	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Herpès simplex génital	Herpès simplex	Herpès génital (Herpès simplex)	05- Herpès génital (Herpès simplex)
Herpès simplex labial	Herpès simplex ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Herpès labial (Herpès simplex)
Herpès Zoster – Malade	Zona (herpès Zoster, réactivation de la varicelle)	Zona	05- Infection – Zona

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Herpès Zoster – Personne exposée	Infection, personne exposée à zona	Zona – Exposition à	---
Histoplasmosse	Histoplasmosse	Histoplasmosse	05- Infection – Autre
Hodgkin, maladie de	Cancer hématopoïétique	Cancer	23- Maladie de Hodgkin
Hormone de croissance	Hormone de croissance	Autre raison	---
HTLV-I/II – Malade	HTLV-I/II INTERDIRE – 0191	HTLV I/II	05- Infection – HTLV I/II
HTLV-I/II – Partenaire sexuel	Relation sexuelle avec, HTLVI/II	HTLV I/II – Relation sexuelle avec	---
Huntington, chorée de	Huntington, chorée de ACCEPTER	Autre raison	---
Hydrocèle	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Hypercholestérolémie	Hypercholestérolémie ACCEPTER	Autre raison	---
Hypertension	Hypertension ACCEPTER	Autre raison	---
Hyperthermie maligne	Hyperthermie maligne ACCEPTER	Autre raison	---
Hyperthyroïdie	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Hypertrophie bénigne de la prostate	Prostate, hypertrophie bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Hyperuricémie	Goutte	Autre raison	---
Hypoglycémie	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Hypotension	Hypotension ACCEPTER	---	---
Hypothyroïdie	Thyroïde troubles de la	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	Accident vasculaire cérébral (AVC)/Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	21- AVC/ICT
Ictère de grossesse	Jaunisse/Ictère – grossesse ACCEPTER	Jaunisse – grossesse	---
Ictère néonatal (à la naissance)	Jaunisse/Ictère néonatal ACCEPTER	Autre raison	---
IgIV	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Imagerie par isotopes radioactifs	Scintigraphie (imagerie par isotopes radioactifs)	Autre raison	---
Immunodéficience	Immunodéficience INTERDIRE – 1320	Autre raison	---
Immunoglobulines	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Immunoglobulines Anti-D	Immunoglobulines Anti-D	Transfusion produits sanguins	16-
Impatiences (syndrome des jambes sans repos)	Impatiences ACCEPTER	Autre raison	---
Impétigo	Infection de la peau	Infection de la peau	05- Infection – Infection de la peau
Implant dentaire	Dentiste	---	13-
Incontinence urinaire sans sonde vésicale	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Infarctus du myocarde	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Infection bactérienne à spirochète	Leptospirose (infection bactérienne à spirochète)	Leptospirose	05- Infection – Leptospirose
Infection de la peau	Infection de la peau	Infection de la peau	05- Infection – Infection de la peau
Infection par les vers	Infection parasitaire	En fonction du parasite	En fonction du parasite
Infection parasitaire	Infection parasitaire	En fonction du parasite	En fonction du parasite
Infection rénale	Pyélonéphrite	Maladie du rein	22- Reins – Pyélonéphrite
Infection urinaire	Cystite	Cystite infectieuse	05- Cystite infectieuse
Inflammation de diverticules	Diverticulite	Autre raison	---
Influenza	Grippe	Autre raison	05- Grippe
Injection / infiltration de cortisone	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Injection de désensibilisation	Allergie ACCEPTER	Autre raison	---
Injection de produits radioactifs	Scintigraphie (imagerie par isotopes radioactifs)	Autre raison	---
Injection de produit de contraste	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Injection pour traiter les varices	Sclérothérapie	Autre raison	---
Insémination artificielle	Insémination artificielle / Fécondation <i>in vitro</i>	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Insuffisance coronarienne	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation
Insuffisance rénale	Insuffisance rénale	Maladie du rein	22- Reins – Insuffisance rénale
Insuffisance surrénalienne	Addison, maladie d' INTERDIRE – MADD	Autre raison	---
Insuffisance veineuse	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Intervalle entre les dons	Don, intervalle	---	---
Intoxication alimentaire	Gastro-entérite	Autre raison	05- Infection – Autre
Investigation en cours	Investigation en cours INTERDIRE- INVE	Autre raison	---
Investigation médicale (peu importe la raison) faite et négative	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	Accident vasculaire cérébral (AVC)/ Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	21- AVC/ICT
Jaunisse secondaire à des calculs biliaires	Calculs biliaires	Jaunisse – calcul biliaire	---
Jaunisse, grossesse	Jaunisse/Ictère – grossesse ACCEPTER	Jaunisse – grossesse	---
Jaunisse, néonatale (à la naissance)	Jaunisse/Ictère néonatal ACCEPTER	Autre	---
Kala-Azar	Leishmaniose INTERDIRE – 0134	05- Chagas/Babésiose/ Leishmaniose/Malaria 15- Leishmaniose	24- Leishmaniose

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Kératite	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Kératose actinique	Cancer, cellules précancéreuses ACCEPTER	Autre raison	---
Kératose séborrhéique	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Kyste	Kyste ACCEPTER	Autre raison	---
Kyste rénal	Reins polykystiques	Maladie du rein	22- Reins – Reins polykystiques
Labyrinthite	Neurite vestibulaire ACCEPTER	Autre raison	---
Lacération	Lacération	Autre raison	---
Laparoscopie	Laparoscopie ACCEPTER	Autre raison	---
Laryngite	Laryngite	Laryngite	05- Infection – Laryngite
Laser (épilation ou traitement esthétique)	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Laser, chirurgie au	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Légionnaire, maladie du	Légionnaire, maladie du	Maladie du légionnaire	05- Infection – Maladie du légionnaire
Leishmaniose	Leishmaniose INTERDIRE – 0134	05- Chagas/Babésiose/ Leishmaniose/Malaria 15- Leishmaniose	24- Leishmaniose
Leptospirose	Leptospirose (infection bactérienne à spirochète)	Leptospirose	05- Infection – Leptospirose
Lésion au site de ponction	Lésion au site de ponction	---	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Leucémie	Cancer hématopoïétique	Cancer	23- Leucémie
Lichen scléreux	Lésion au site de ponction	---	---
Lichen scléro-atrophique	Lésion au site de ponction	---	---
Ligature des trompes	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Limite de volume	Limite de volume	---	---
Lipome	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Lupus	Lupus	Autre raison	---
Lupus discoïde isolé	Lupus	Autre raison	---
Lupus érythémateux disséminé	Lupus	Autre raison	---
Lyme, maladie de	Lyme, maladie de	Maladie de Lyme	05- Infection – Maladie de Lyme
Lymphogranulome vénérien	Lymphogranulome vénérien	Lymphogranulome vénérien	05- Infection – Lymphogranulome vénérien
Lymphome	Cancer hématopoïétique	Cancer	23- Lymphome
Mains-pieds-bouche – Personne exposée	Infection, personne exposée à mains-pieds-bouche	Mains-pieds-bouche – Exposition à	---
Mal de gorge	Mal de gorge	Autre raison	05 - Mal de gorge
Maladie cardiaque athérosclérotique	Cœur, MCAS (maladie cardiaque), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation
Maladie cœliaque	Cœliaque, maladie	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Maladie de Basedow (Graves-Basedow)	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Maladie de Berger	Berger, maladie de INTERDIRE – RINP	Maladie du rein	22- Reins – Maladie de Berger
Maladie de Crohn	Crohn, maladie de INTERDIRE – 1220	Maladie de Crohn	23- Maladie de Crohn
Maladie de Dupuytren	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Maladie de Gilbert	Gilbert, maladie de	Autre raison	---
Maladie de Graves (Graves-Basedow)	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Maladie de Hashimoto	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Maladie de Hodgkin	Cancer hématopoïétique	15- Cancer	23- Maladie de Hodgkin
Maladie de Lyme	Lyme, maladie de	Maladie de Lyme	05- Infection – Maladie de Lyme
Maladie de Ménière	Ménière, maladie de	Autre raison	---
Maladie de Raynaud	Raynaud, maladie de ACCEPTER	Autre raison	---
Maladie de Vaquez	Polycythémie INTERDIRE – 0710 (maladie de Vaquez ou polycythémie vraie)	Maladie du sang	22- Sang – Polycythémie (Maladie de Vaquez)
Maladie de Von Willebrand	Troubles de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Maladie du légionnaire	Légionnaire, maladie du	Maladie du légionnaire	05- Infection – Maladie du légionnaire
Maladie hémolytique du nouveau-né	Anémie, Anémie ACCEPTER (hémolytique du nouveau-né)	Maladie du sang	22- Sang – Anémie
Maladie mains-pieds-bouche – Personne exposée	Infection personne exposée à, mains-pieds-bouche, maladie de	Mains-pieds-bouche – Exposition à	---
Maladie pulmonaire obstructive chronique	MPOC	Maladie des poumons	22- Poumons – MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)
Malaria – Malade	Malaria INTERDIRE – 8060	05- Chagas/Babésiose/Leishmaniose/Malaria 15- Malaria (paludisme)	24- Malaria (paludisme)
	Plasma de fractionnement : non applicable		
Malaria, zone endémique	Cardex malaria (SPE-00057)	---	30-
	Plasma de fractionnement : non applicable		
Malformation cardiaque congénitale	Cœur, Malformation cardiaque congénitale	Maladie du cœur	22- Cœur – Malformation cardiaque congénitale
Malformation rénale congénitale	Malformation rénale congénitale	Maladie du rein	22- Reins-Malformation rénale congénitale
Mammographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Mangeuse de chair, bactérie – Malade	Bactérie mangeuse de chair, maladie	Bactérie mangeuse de chair	05- Infection – Bactérie mangeuse de chair
Mangeuse de chair, bactérie – Porteur/ Personne exposée	Infection, personne exposée à bactérie mangeuse de chair	Bactérie mangeuse de chair – Exposition à	---
Mantoux, test de	Tuberculose	Autre raison	---
Maquillage permanent	Tatouages	---	40-
Maux de tête	Céphalée	Autre raison	04-
MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique)	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation
Médecine nucléaire	Scintigraphie (imagerie par isotopes radioactifs)	Autre raison	---
Médicaments	Liste des médicaments inacceptables	---	06- 07- 08- 09-
Médicaments non prescrits par injection	Drogue par injection		54-
Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE) pris par la bouche	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition par le VIH («PrEP»/PPE)	---	KZ
Médicaments utilisés en prophylaxie préexposition au VIH («PrEP») injectable	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)	---	ML

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Ménière, maladie de	Ménière, maladie de	Autre raison	---
Méningiome	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Méningite	Méningite	Méningite	05- Infection – Méningite
Ménopause	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Ménorragie	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Migraine	Céphalée	Autre raison	04-
Milia	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Mitrale, prolapsus de la valve	Cœur, Souffle cardiaque	Maladie du cœur	22- Cœur – Souffle cardiaque
Molluscum contagiosum	Molluscum contagiosum ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Mononucléose infectieuse – Malade	Mononucléose infectieuse (Virus Epstein-Barr)	Mononucléose infectieuse	05- Infection – Mononucléose infectieuse
Mononucléose infectieuse – Personne exposée	Infection, personne exposée à mononucléose infectieuse ACCEPTER	Mononucléose infectieuse – Exposition à	---
Morsure humaine	Contact avec du sang	Morsure humaine	42-
Morsure par un animal	Morsure par un animal	Autre raison	---
MPOC	MPOC	Maladie des poumons	22- Poumons – MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Muguet	Muguet (<i>Candida albicans</i>)	Muguet	05- Infection – Muguet
Mutation du gène de la prothrombine (Facteur II)	Trouble de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Mutation du gène MTHFR	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Myasthénie grave	Myasthénie grave INTERDIRE – 0570	Autre raison	---
Mycose	Champignons, ACCEPTER infection (mycose superficielle)	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / mycose
Myélome multiple	Cancer hématopoïétique	Cancer	23- Myélome multiple
Myocardite non virale	Cœur, Myocardite, non virale	Autre raison	---
Myocardite virale / inconnue	Cœur, Myocardite, virale / inconnue	Myocardite virale / inconnue	05- Infection – Myocardite virale / inconnue
Néphrectomie	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Néphrite	Glomérulonéphrite	Maladie du rein	22- Reins – Glomérulonéphrite
Néphrose	Syndrome néphrotique	Maladie du rein	22- Reins – Syndrome néphrotique
Nettoyage dentaire	Dentiste	---	13-
Neurinome acoustique	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Neuronite vestibulaire	Neuronite vestibulaire ACCEPTER	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Neutrophiles	Formule sanguine	---	---
Névralgie	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Nodule des cordes vocales	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Non binaire	Trans, non binaire ACCEPTER ou en processus de transition	---	---
Obturation (plombage – restauration)	Dentiste	---	13-
Œdème aux chevilles (jambes)	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Oreilles percées	Perçage d'une partie du corps	---	40-
Oreillons – Malade	Oreillons	Oreillons	05- Infection – Oreillons
Oreillons – Personne exposée	Infection, personne exposée à oreillons	Oreillons – Exposition à	---
Orgelet	Orgelet ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Conjonctivite / Orgelet
Orthodontie	Dentiste	---	13-
Ostéodensitométrie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Ostéomyélite aiguë	Ostéomyélite, aiguë	Ostéomyélite	05- Infection – Ostéomyélite aiguë
Ostéomyélite chronique	Ostéomyélite chronique INTERDIRE – 1040	Ostéomyélite	05- Infection – Ostéomyélite chronique

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Ostéopathie	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Ostéoporose	Ostéoporose	Ostéoporose	---
Otite	Otite ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Otite
Oxyurose	Infection parasitaire ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Pacemaker (stimulateur cardiaque)	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
Palpitations	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
Paludisme – Malade	Malaria	Malaria (paludisme)	24- Malaria (paludisme)
Pancréatite	Pancréatite	Autre raison	05- Infection – Autre
Papillomavirus	Condylome ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
Papillome humain, virus du	Condylome ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
Paralysie cérébrale	Paralysie cérébrale ACCEPTER	Autre raison	---
Paralysie de Bell	Paralysie de Bell ACCEPTER	Autre raison	---
Parasites, infection par	Infection parasitaire	En fonction du parasite	En fonction du parasite
Parkinson	Parkinson ACCEPTER	Autre raison	---
Parvovirus B19 – Personne exposée	Infection, personne exposée à cinquième maladie	Cinquième maladie – Exposition à	---
Parvovirus B19 – Malade	Cinquième maladie, maladie	Cinquième maladie	05- Infection- Cinquième maladie



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Perçage d'une partie du corps	Perçage d'une partie du corps	---	40-
Péricardite constrictive	Cœur INTERDIRE - 0260 Péricardite non virale	Autre raison	---
Péricardite non virale	Cœur, Péricardite non virale	Autre raison	---
Péricardite virale / inconnue	Cœur, Péricardite virale/inconnue	Péricardite virale/inconnue	05- Infection – Péricardite virale/inconnue
Perte de connaissance	Perte de connaissance	Perte de connaissance	21- Perte de connaissance
Perte de poids	Poids	Autre raison	---
Pertes d'hématies	Perte d'hématies	---	---
Pharyngite	Mal de gorge	Autre raison	05- Infection – Autre
Phénomène de Raynaud	Raynaud, maladie de ACCEPTER	Autre raison	---
Phénylcétonurie	Phénylcétonurie ACCEPTER	Autre raison	---
Phlébite	Phlébite	Autre raison	---
Physiothérapie	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Physiothérapie Traitement avec aiguille	Électrolyse	---	41-
Pian	Pian INTERDIRE – 0136	Autre raison	05- Infection – Autre
Pied d'athlète	Pied d'athlète ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Pied d'athlète

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Piercing	Perçage d'une partie du corps	---	40-
Pierre aux reins	Calcul rénal	Maladie du rein	22- Reins – Calcul rénal (urinaire)
Piqûre d'abeille / guêpe / taon / bourdon	Piqûre d'abeille ACCEPTER	Autre raison	---
Piqûre de tique	Piqûre de tique	Piqûre de tique	---
Pityriasis rosé	Pityriasis rosé (de Gilbert)	Pityriasis rosé	05- Infection – Pityriasis rosé
Plaie	Lacération	Autre raison	---
Plaquettes, décompte	Formule sanguine	---	---
Plâtre	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Pleurésie	Pleurésie	Maladie des poumons	22- Poumons – Pleurésie / Pneumothorax
Plombage	Dentiste	---	13-
Plombémie	Plombémie	Autre raison	---
Pneumonie	Pneumonie	Pneumonie	05- Infection – Pneumonie
Pneumothorax	Pneumothorax	Maladie des poumons	22- Poumons – Pleurésie / Pneumothorax
Poids	Poids	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Points de suture	Lacération	Autre raison	---
Poliomyélite – Malade	Poliomyélite	Poliomyélite	05- Infection – Poliomyélite
Poliomyélite – Personne exposée	Infection, personne exposée à poliomyélite	Poliomyélite – Exposition à	---
Polyarthrite rhumatoïde	Arthrite, Rhumatoïde ou psoriasique	Autre raison	---
Polycythémie vraie	Polycythémie INTERDIRE – 0710 (maladie de Vaquez ou polycythémie vraie)	Maladie du sang	22- Sang – Polycythémie (Maladie de Vaquez)
Polycythémie – autres causes que maladie de Vaquez/ polycythémie vraie	Polycythémie, autres causes de polycythémie	Autre raison	---
Polyglobulie	Polyglobulie	Maladie du sang	22- Sang – Polyglobulie
Polype du côlon	Tumeur bénigne ou ACCEPTER Cancer, cellules précancéreuses (pas un cancer)	Autre raison	---
Polype, autre que polype du côlon	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Pontage coronarien	Cœur, Chirurgie cardiaque	Chirurgie – Cardiaque	22- Cœur – Chirurgie cardiaque
Pontage fémoral	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie	---
Porphyrie	Porphyrie INTERDIRE – 0700	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Porteur du gène de l'hémophilie	Troubles de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Porteur d'un gène défectueux sans maladie	--- ACCEPTER	Gène défectueux (porteur de) sans maladie	---
Poudre d'os (greffe avec)	Greffe, Allogreffe	Greffe	17-
Poux	Poux	Autre raison	---
PPD	Tuberculose	Autre raison	---
Prednisone	Prednisone, contre-indications à la stimulation par la	---	---
Pré-éclampsie	--- ACCEPTER	Autre raison	---
PrEP/PPE pris par la bouche	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition par le VIH («PrEP»/PPE)	---	KZ-
PrEP injectable	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)	---	ML
Prise d'empreintes dentaires	Dentiste	---	13-
Prison	Prison	---	57-
Problèmes menstruels	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Proctite	Proctite	Autre raison	---
Produits sanguins	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Prolactinome	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Prolapsus de la valve mitrale	Cœur, Souffle cardiaque	Maladie du cœur	22- Cœur – Souffle cardiaque
Prophylaxie pré/post exposition au VIH ((«PrEP»/PPE) prise par la bouche	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)	---	KZ-
Prophylaxie préexposition au VIH («PrEP») injectable	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)	---	ML
Prostate, hypertrophie bénigne	Prostate, hypertrophie bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Prostatite	Prostatite	Prostatite	05- Infection-Prostatite
Prostitution	Prostitution	---	53-
Protéine C, déficit	Trouble de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Protéine S, déficit	Trouble de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Protéines sériques	Protéines sériques, analyse des (APS)	---	---
Protéines totales	Protéines sériques, analyse des (APS)	---	---
Prothrombine, mutation du gène de la	Trouble de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Psittacose	Psittacose	Autre raison	05- Infection – Autre
Psoriasis	Lésion au site de ponction	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Psychiatrique, problème	Consentement éclairé	Autre raison	---
PTI (Purpura thrombocytopénique idiopathique)	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang	22- Sang – Thrombocytopénie
Purpura	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang	22- Sang – Thrombocytopénie
Purpura (auto) immun	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang	22- Sang – Thrombocytopénie
Purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI)	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang	22- Sang – Thrombocytopénie
Pyélographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Pyélonéphrite	Pyélonéphrite	Maladie du rein	22- Reins – Pyélonéphrite
Radiographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Rage	Morsure par un animal	Autre raison	---
Rage, vaccin	Vaccin	---	11- 12-
Ramsay-Hunt, syndrome de	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Rate, ablation de	Chirurgie, splénectomie	Autre raison	---
Raynaud	Raynaud, maladie de ACCEPTER	Autre raison	---
Rectite	Rectite	Autre raison	---
Reflux gastrique	--- ACCEPTER	Autre raison	---

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Régime amaigrissant	Poids ACCEPTER	Autre raison	---
Reins polykystiques	Reins polykystiques	Maladie du rein	22- Reins – Reins polykystiques
Relation sexuelle avec plus d'un partenaire sexuel	Relation sexuelle, avec plus d'un partenaire sexuel	---	M7
Relation sexuelle avec prostitué	Relation sexuelle, avec prostitué	---	48-
Relation sexuelle avec UDI	Relation sexuelle, avec utilisateur de drogues injectables (UDI)	---	46-
Relation sexuelle avec un nouveau partenaire sexuel	Relation sexuelle, avec un nouveau partenaire sexuel	---	M2
Relation sexuelle avec VIH/SIDA	Relation sexuelle, avec personne infectée par le VIH	VIH / SIDA – Relation sexuelle avec	55-
Relation sexuelle femme avec femme	Relation sexuelle, femme avec femme ACCEPTER	---	---
Résonance magnétique	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Restauration	Dentiste	---	13-
Rétinite	---	ACCEPTER	Autre raison
Rétinite pigmentaire	---	ACCEPTER	Autre raison
Rhinite	Rhume ACCEPTER	Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON
Rhinite allergie	Allergie ACCEPTER	Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Rhogam	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Rhumatisme	Arthrose ACCEPTER	Autre raison	---
Rhumatisme articulaire aigu	Rhumatisme articulaire aigu	Rhumatisme articulaire aigu	05- Infection – Rhumatisme articulaire aigu
Rhume	Rhume ACCEPTER	Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON
Roséole – Personne exposée	Infection, personne exposée à roséole	Roséole – Exposition à	---
Rougeole – Personne exposée	Infection, personne exposée à rougeole	Rougeole – Exposition à	---
Rougeole – Malade	Rougeole, maladie	Rougeole	05- Infection – Rougeole
Rubéole – Personne exposée	Infection, personne exposée à rubéole	Rubéole – Exposition à	---
Rubéole – Malade	Rubéole, maladie	Rubéole	05- Infection – Rubéole
Saignement de nez	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Salmonellose	Salmonellose	Salmonellose	05- Infection – Salmonellose
Salpingite	Salpingite	Salpingite	05- Infection – Salpingite
Santé mentale	Consentement éclairé	Autre raison	---
Saphénectomie	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie – Vasculaire	---



MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Sarcoïdose	Sarcoïdose	Maladie des poumons	22- Poumons – Sarcoïdose
SARM – Malade	SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), malade	SARM / SARO	05- Infection – SARM / SARO
SARM – Porteur	SARM / SARO ACCEPTER (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), porteur	SARM / SARO – Exposition à/Porteur	---
SARM – Personne exposée	Infection, personne ACCEPTER exposée à SARM / SARO	SARM / SARO – Exposition à/Porteur	---
SARO – Malade	SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), malade	SARM / SARO	05- Infection – SARM / SARO
SARO – Porteur	SARM / SARO ACCEPTER (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), porteur	SARM / SARO – Exposition à/Porteur	---
SARO – Personne exposée	Infection, personne ACCEPTER exposée à SARM / SARO	SARM / SARO – Exposition à/Porteur	---
Scan	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Scanner	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Scarlatine – Personne exposée	Infection personne ACCEPTER exposée – Scarlatine	Scarlatine – Exposition à	---



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Scarlatine – Malade	Scarlatine, maladie	Scarlatine	05- Infection – Scarlatine
Schistosomiase	Infection parasitaire inacceptable	Schistosomiase	05- Infection – Schistosomiase
Schizophrénie	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Scintigraphie	Scintigraphie (imagerie par isotopes radioactifs)	Autre raison	---
Sclérodémie	Sclérodémie INTERDIRE – SCLE	Autre raison	---
Sclérose en plaques	Sclérose en plaques INTERDIRE – 0550	Autre raison	---
Sclérothérapie	Sclérothérapie	Autre raison	---
Septicémie	Septicémie	Autre raison	05- Infection – Autre
Shigella / Shigellose	Dysenterie, Bacillaire	Autre raison	05- Infection – Autre
Shunt	Dérivation ventriculo-péritonéale INTERDIRE - 0500	Autre raison	---
SIDA	VIH infection / INTERDIRE – 1701	05- VIH/SIDA 15- Test positif pour le VIH	25-
Singe	Singe (virus spumeux simien)	---	56-
Sinusite	Sinusite	Sinusite	05- Infection – Sinusite
Site de ponction	Lésion au site de ponction	---	---
Sonde vésicale	Sonde vésicale INTERDIRE – SOND	Autre raison	---
Souffle cardiaque	Cœur, Souffle cardiaque	Maladie du cœur	22- Cœur – Souffle cardiaque

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Sphérocytose	Sphérocytose INTERDIRE – SPHR	Maladie du sang	22- Sang – Sphérocytose
Spina bifida	Spina bifida ACCEPTER	Autre raison	---
Splénectomie	Chirurgie, splénectomie	Autre raison	---
Spondylite/spondylarthrite ankylosante	Spondylite ankylosante	Autre raison	---
Spondylose	Arthrose ACCEPTER	Autre raison	---
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline – Malade	SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), maladie	SARM / SARO	05- Infection – SARM / SARO
Staphylococcus aureus résistant à l'oxacilline – Malade	SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), maladie	SARM / SARO	05- Infection – SARM / SARO
Stéatose hépatique	Stéatose hépatique (foie gras) ACCEPTER	Autre raison	---
Stent (cardiaque)	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation
Stéroïdes anabolisants	Stéroïdes anabolisants	---	44-
Stimulateur cardiaque	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
Stimulation prednisone	Prednisone, contre-indications à la stimulation par la	---	---
Streptocoque du groupe A (mal de gorge)	Mal de gorge	Autre raison	05 - Mal de gorge

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Stress post-traumatique	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Strongyloïdose	Infection parasitaire inacceptable	Strongyloïdose	05- Infection – Strongyloïdose
Sumac vénéneux	Herbe à puce	Autre raison	---
Syndrome de fatigue chronique	Fatigue chronique, syndrome de	Autre raison	---
Syndrome de Guillain-Barré	Guillain-Barré, syndrome de	Autre raison	---
Syndrome de Ramsay-Hunt	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Syndrome de Wolff-Parkinson-White	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
Syndrome du côlon irritable	Côlon irritable, syndrome du	Autre raison	---
Syndrome myélodysplasique	Cancer hématopoïétique	Cancer	23- Syndrome myélodysplasique
Syndrome néphrotique	Syndrome néphrotique	Maladie du rein	22- Reins – Syndrome néphrotique
Syphilis – Partenaire sexuel	Relation sexuelle avec, syphilis	Syphilis – Relation sexuelle	---
Syphilis – Malade	Syphilis, malade	05- Syphilis 15- Syphilis	26- PSL seulement
Taches brunes	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Tachycardie	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
TACO	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Tatouages	Tatouages	---	40-

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
TDA / TDAH	--- ACCEPTER	Autre raison	---
TDM	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Technétium	Scintigraphie	Autre raison	---
Température	Fièvre	---	05- Fièvre
Température	Température	<i>Signes vitaux</i>	Signes vitaux
Tendinite	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Test de Mantoux	Tuberculose	Autre raison	---
Thalassémie	Thalassémie	Maladie du sang	22- Sang – Thalassémie
Thrombocytopénie	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang	22- Sang – Thrombocytopénie
Thrombopénie	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang	22- Sang – Thrombocytopénie
Thrombophlébite	Phlébite	Autre raison	---
Thrombose cérébrale	Accident vasculaire cérébral (AVC)/Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	21- AVC/ICT
Thrombose coronarienne	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur	22- Cœur – MCAS / STENT / Embolisation
Thrombose veineuse profonde	Phlébite	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Thyroïde, troubles de la	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Tique (piqûre)	Piqûre de tiques	Autre raison	---
Tomodensitométrie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Toxémie de grossesse	---	ACCEPTER	Autre raison
Toxoplasmose	Toxoplasmose	Toxoplasmose	05- Infection – Toxoplasmose
Trachéite	Trachéite	Trachéite	05- Infection – Trachéite
Trait de l'anémie falciforme	Anémie, trait falciforme / drépanocytaire	ACCEPTER	Maladie du sang
Traitement à l'iode RADIOACTIF	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Traitement avec aiguille	Électrolyse	Traitement avec aiguille	--
Traitement de canal	Dentiste	---	13-
Transfusion	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Trans, non binaire ou en processus de transition	Trans, non binaire ou en processus de transition	ACCEPTER	---
Traumatisme crânien	Traumatisme crânien	Traumatisme crânien	---
Tremblements essentiels	Tremblements essentiels	ACCEPTER	Autre raison
Trichinose	Infection parasitaire inacceptable	Trichinose	05- Infection – Trichinose

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Trichocéphalose	Infection parasitaire ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Trichomonas, vaginite à	Vaginite ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / mycose
Trisomie 21	Consentement éclairé	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Troubles de la coagulation	Troubles de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Tuberculose	Tuberculose	Tuberculose	05- Infection – Tuberculose
Tumeur bénigne	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Tunnel carpien	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Ulcère buccal	Ulcère buccal ACCEPTER	Autre raison	---
Ulcère duodéal	Ulcère gastrique/duodéal	Autre raison	---
Ulcère gastrique	Ulcère gastrique/duodéal	Autre raison	---
Urétrite	Urétrite	Autre raison	05- Infection – Autre
Urticaire	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Utilisateur de drogues intraveineuses (UDI)	Drogues par injection INTERDIRE-0175	---	38- 54-
Uvéite	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Vaccins	Vaccins	---	11-

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Vaginite	Vaginite ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / mycose
Vaginose	Vaginite ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / mycose
Valve mitrale, prolapsus de	Cœur, Souffle cardiaque	Maladie du cœur	22- Cœur – Souffle cardiaque
Valve, remplacement	Cœur, Chirurgie cardiaque	Chirurgie – Cardiaque	22- Cœur – Chirurgie cardiaque
Vaquez, maladie de	Polycythémie (maladie de Vaquez) INTERDIRE – 0710	Maladie du sang	22- Sang – Polycythémie (Maladie de Vaquez)
Varicelle – Personne exposée	Infection, personne exposée à varicelle	Varicelle – Exposition à	---
Varicelle – Malade	Varicelle, malade	Varicelle	05- Infection – Varicelle
Varices	---	Autre raison	---
Varices, injections	Sclérothérapie	Autre raison	---
Varices, traitement chirurgical	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie - Vasculaire	---



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – RÉGULIER

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Variole VACCINATION	Vaccins - variole	---	11-
Variole – Personne exposée	Infection, personne exposée à, variole	Autre raison	---
Variole du singe – Personne exposée	Infection, personne exposée à, variole du singe	Autre raison	---
Vasculite	Vasculite	Autre raison	---
Vasectomie	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Verrues	Verrues ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Vers, infection par	Infection parasitaire	En fonction du parasite	En fonction du parasite
Vertiges occasionnels sans pathologie sous-jacente	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Vessie hyperactive	--- ACCEPTER	Autre raison	---
VIH, infection	VIH infection INTERDIRE – 1701	Test positif pour le VIH	25-
Viol	Agression Sexuelle	Autre raison	---
Virus du Nil occidental	Virus du Nil occidental	Virus du Nil occidental	05- Infection – Virus du Nil occidental
Virus du papillome humain (VPH)	Condylome ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
Virus Epstein-Barr – Malade	Mononucléose infectieuse (Virus Epstein-Barr)	Mononucléose infectieuse	05- Infection – Mononucléose infectieuse
Virus Epstein-Barr – Personne exposée	Infection, personne exposée à mononucléose infectieuse ACCEPTER	Mononucléose infectieuse – Exposition à	---
Virus spumeux simien	Singe (virus spumeux simien)	---	56

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Virus T-lymphotrope humain	HTLV-I/II INTERDIRE – 0191	HTLV I/II	05- Infection – HTLV I/II
VNO	Virus du Nil occidental	Virus du Nil occidental	05- Infection – Virus du Nil occidental
VNO, voyage à risque	PSL : VNO voyage à risque ACCEPTER	---	28- Seulement hors saison épidémiologique du VNO
	Plasma de fractionnement : non applicable	---	---
Volume de plasma maximal	Limite de volume	---	---
Volume sanguin estimé	Volume sanguin estimé	---	---
Volume sanguin total	Volume sanguin estimé	---	---
Von Willebrand, maladie de	Troubles de la coagulation	Maladie du sang	22- Sang – Trouble de la coagulation
Voyage	PSL : Voyage Plasma de fractionnement : Voyage	---	29- H7-
Voyageur – Donneur	Réfère à la PFN des donneurs voyageurs	---	01-
VPH	Condylome ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
VSE	Volume sanguin estimé	---	---
VST	Volume sanguin estimé	---	---
WinRho	Produits sanguins, receveurs de	Transfusion produits sanguins	16-

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° 15	Question et réponse
Wolff-Parkinson-White, syndrome de	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur	22- Cœur – Arythmies
Zika - Malade	Arbovirus	Autre raison	---
Zika – zone endémique	Arbovirus	---	HY-
Zona	Zona (herpès Zoster, réactivation de la varicelle)	Zona	05- Infection – Zona
Zona – Personne exposée	Infection, personne exposée à Zona	Zona – Exposition à	---

Énoncé	Exemples de documentation
Demande interne de renseignements médicaux	DINT
Demande externe de renseignements médicaux	DEXT
Pas d'antibiotiques	Pas d'antibio. ou Ø antibio.
Pas de médicaments	Pas RX ou pas méd ou pas mdc Ø Rx ou Ø méd ou Ø mdc
Pas de signes et symptômes	Pas SS ou Ø SS
Pas de suivi médical	Pas SM ou Ø SM

RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, Conformité et projets opérationnels

LISTE DES MODIFICATIONS

Critère	Description du changement	Justification	Provenance de l'information
Septicémie	Ajout du critère	La très grande majorité du temps, le donneur rapporte un épisode de septicémie résolu, traité et dont le suivi médical est terminé. Il arrive que des donneurs soient refusés en collecte, en raison d'une situation divulguée au QM qui s'est compliquée d'une septicémie. En fonction de la situation rapportée par le donneur, le personnel de collecte doit soit faire un appel de garde (puisque septicémie ne figure pas aux critères actuels), soit compléter une DINT (en fonction de la condition sous-jacente rapportée). L'ajout du critère permettra de diminuer les demandes d'approbations médicales et les interdictions liées à cette situation.	CC-PRB-02375
Tension artérielle	Retrait du critère	L'étude AMI-2140 a démontré qu'il n'y a aucune association observée entre une valeur de tensions artérielle hors norme et un risque de réaction vasovagale ou complication cardiovasculaire majeure. En conséquence, la prise de la tension artérielle est retirée.	CC-PRB-02044
Réf. OC-08989			

Numéro du document	MAN-00075 [12]
Numéro historique	MCSD Module 02
Date en vigueur	04-06-2023
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents
SPE-01085	Pays à risque d'arbovirus

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	20-04-2023
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	20-04-2023
Direction médicale	Christian Renaud	20-04-2023
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	21-04-2023
Assurance qualité	Aleyda Maria Jimenez	29-04-2023

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION A

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
ABCÈS	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes, l'arrêt des médicaments et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	R
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC) incluant l'ISCHÉMIE CÉRÉBRALE TRANSITOIRE (ICT)	Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. <i>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</i> - Si interdiction suite à la DEXT	DEXT 1530	D
ACNÉ	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
ACUPUNCTURE	Si des aiguilles à usage unique sont utilisées. Interdiction de 3 mois (89 jours) si autres aiguilles utilisées. Si le donneur ne sait pas quel type d'aiguilles a été utilisé : interdiction (date du jour).	Accepter ELAC INFO	S/O R R
ADDISON, maladie d'	Interdiction permanente.	MADD	D
ÂGE	Personne âgée de 18 ans et plus sans restriction légale.	Accepter	S/O
AGRESSION SEXUELLE	Avec exposition aux liquides biologiques potentiellement infectés (avec ou sans préservatif) - Interdiction de 3 mois (89 jours) après la date du dernier évènement.	RSAR	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
AIGUILLE SOUILLÉE (blessure avec)	Interdiction de 6 mois (179 jours). <u>Note</u> : Une aiguille souillée est une aiguille ayant pénétré un tissu humain.	CSAN	R
ALLERGIE	Les allergies et les injections de désensibilisation ne constituent pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
ALZHEIMER, MALADIE DE	Interdiction permanente.	ALZH	R (Selon consentement éclairé)
ANÉMIE			
Anémie ferriprive (carence en fer)	Interdiction (date du jour) tant que l'anémie n'est pas corrigée.	ANE0	D
Anémie hémolytique du nouveau-né	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Trait falciforme/drépanocytaire	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Anémie pernicieuse	Interdiction permanente.	0730	D
Toute autre anémie	Interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux) <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD</u> : - Si interdiction suite à la DINT.	DINT 0730, ANE0 ou REMD	
ANÉVRISME INTRACRANIEU (AIC)	Si non corrigé, interdiction. Si corrigé, interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD</u> :	1510 DEXT	D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
	<i>Si le médecin traitant confirme le rétablissement du donneur, interdiction de 6 mois (179 jours) après la fin du suivi chirurgical.</i>	ANV6	D
APNÉE DU SOMMEIL	Interdiction (date du jour) tant qu'il n'y a pas d'amélioration des signes et symptômes avec l'utilisation du CPAP (pression positive continue).	APNE	D
ARBOVIRUS Malade (ex. : Chikungunya, Zika) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px 0;">Ne s'applique pas au DDP</div> Région endémique (tous les arbovirus : Chikungunya, Zika, Dengue, etc.) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px 0;">Ne s'applique pas au DDP</div>	<p>Interdiction de 8 semaines (55 jours) après la disparition des signes et symptômes.</p> <p>Se référer à la SPE-01085 <i>Pays à risque d'arbovirus.</i></p> <p><u>Note</u> : Pilote d'avion et agent de bord : Si demeure à l'intérieur de l'avion ou de l'aéroport – Ne constitue pas un motif d'interdiction.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifier la réponse du donneur à NON. 	ARBO	R
ARTHRITE Rhumatoïde ou psoriasique	<p>Si prise antérieure de stéroïdes ou de médicaments inacceptables (sels d'or, méthotrexate, pénicillamine), interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux)</p> <p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si interdiction suite à la DINT. 	DINT	R
		REMD	

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Infectieuse	Si absence de prise antérieure de stéroïdes ou de médicaments inacceptables (sels d'or, méthotrexate, pénicillamine). <u>Documenter : Ø Rx ant</u>	Accepter	S/O
	Si prise actuelle de stéroïdes, méthotrexate, pénicillamine ou sels d'or, interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT	DEXT	R
	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des antibiotiques.	REMD ou 1011 ARIN	R
Autre que rhumatoïde, psoriasique ou infectieuse	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
ARTHROSCOPIE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
ARTHROSE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
ATTENTE D'INFORMATION	Interdiction (date du jour)	INFO	D/R
ASTHME			
Crise	Interdiction (date du jour) si symptomatique.	POU0	D
Chronique	Si contrôlée, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
	Si non contrôlée, interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux).	DINT	D

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
ARBOVIRUS	Ajout d'une note « Pilote d'avion et agent de bord : Si demeure à l'intérieur de l'avion ou de l'aéroport – Ne constitue pas un motif d'interdiction. Modifier la réponse du donneur à NON. »	Précision aux sujets des pilotes d'avions et agents de bord qui demeurent dans l'avion ou l'enceinte de l'aéroport lors de leurs déplacements. Acceptable puisque risque négligeable d'être exposé à un arbovirus. La réponse doit être modifiée à NON : le déplacement n'est pas considéré puisqu'est demeuré à l'intérieur.	Demande de la Direction médicale
Réf. OC-08283			

Numéro du document	MAN-00076 [4]
Numéro historique	MCS D Module 03
Date en vigueur	10-07-2023
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	04-06-2023
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	01-06-2023
Direction médicale	Christian Renaud	02-06-2023
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	05-06-2023
Assurance qualité	Aleyda Maria Jimenez	08-06-2023

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES: SECTION B

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
BABÉSIOSE	Interdiction permanente.	0132 et SMET	R
BACTÉRIE MANGEUSE DE CHAIR			
Maladie	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes, l'arrêt des antibiotiques et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	STPA	R
Porteur	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
BERGER, maladie de	Interdiction permanente.	RINP	D/R
BIOPSIE	En attente de résultat : Interdiction (date du jour) Avec résultat : voir maladie sous-jacente	Saisir INVE	D/R
BLASTOMYCOSE	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes.	PARA et SMET	R
BLESSURE MUSCULO-SQUELETTIQUE	Ne constitue pas un motif d'interdiction même si des traitements de physiothérapie, d'ostéopathie, etc. sont en cours ou qu'un plâtre est présent	Accepter	S/O
BOTOX	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
BOTULISME	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	R
BRONCHIECTASIE	Interdiction permanente.	0400	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
BRONCHITE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la fin du traitement aux antibiotiques.	INF1	R
BRUCELLOSE Maladie	Interdiction permanente.	0130	R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, Conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
BACTÉRIE MANGEUSE DE CHAIR	Retrait de la mention « streptocoque »	<p>Ajout du critère Streptocoque du groupe A (mal de gorge) à l'index de façon indépendante de la « maladie mangeuse de chair » puisque généralement les donneurs mentionnent cette bactérie commune lors de maux de gorge.</p> <p>La « bactérie mangeuse de chair » peut être le Streptocoque du groupe A mais ce n'est pas la seule bactérie qui peut en être responsable.</p>	Demande de Direction médicale
Réf. OC-08321			

Numéro du document	MAN-00077 [18]
Numéro historique	MCSD Module 04
Date en vigueur	03-12-2023
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
SC-00060	Cat IV - vMCJ-fermeture de la période pour l'Europe de l'Ouest
PUB-00033	Liste des pays pour les nouveaux donneurs avec QMLS Web
PUB-00034	Countries list for new donors using online questionnaires
MAN-00073	MCSD : liste des documents
SPE-00545	Codes d'interdiction

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	04-07-2023
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	04-07-2023
Direction médicale	Christian Renaud	04-07-2023
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	14-07-2023
Assurance qualité	Aleyda Maria Jimenez	18-07-2023
Conformité réglementaire	Helen Davidson	07-11-2023

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
--------------------------------	--------------------	---------------------

1. CRITÈRES : SECTION C

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
CALCUL			
Rénal	Interdiction (date du jour) si symptomatique.	CALR	D
Biliaire (avec ou sans jaunisse)	Interdiction (date du jour) si symptomatique.	CALB	D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
CANCER			
Cancer (carcinome) de la peau			
Épithélioma basocellulaire / Spino-cellulaire	Interdiction (date du jour) jusqu'à la visite du suivi confirmant le succès du traitement. Un suivi périodique après cette confirmation n'est pas un motif d'interdiction.	CAPO	R
Mélanome	Interdiction	CAHE	R
Autre cancer de la peau	Interdiction de 5 ans (1824 jours) après la fin du traitement.	0900	R
Inconnu du donneur	Interdire et compléter une demande externe de renseignements médicaux. <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u> - <i>Si interdiction suite à la DEXT.</i>	DEXT 0900	R R
Cancer (carcinome) du col de l'utérus in situ	Interdiction (date du jour) jusqu'à la visite du suivi confirmant le succès du traitement. Un suivi périodique après cette confirmation n'est pas un motif d'interdiction.	CCUT	R
Cancer hématopoïétique (leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin, myélome multiple, syndrome myélodysplasique, sarcome de Kaposi)	Interdiction.	CAHE	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Cancer (tous les autres types)	Interdiction de 5 ans (1824 jours) après la fin du traitement. Note : un traitement préventif n'est pas considéré. Note pour antécédent de cancer du sein (i.e. 5 ans minimum après la fin du traitement) : Si la donneuse a un antécédent de cancer du sein et que le traitement incluait le retrait des ganglions de l'aisselle : faire la ponction veineuse sur le bras opposé, sinon il y a un risque de lymphœdème.	0900	R
Cancer, en investigation	Interdiction (date du jour).	INVE	S/O
Cellules pré-cancéreuses, incluant : - Cellules atypiques - Atypie cellulaire - Kératose actinique - Dysplasie, dysplasie cervicale	Ne constitue pas un motif d'interdiction, peu importe l'organe ou la partie du corps touché.	Accepter	S/O
CÉPHALÉE	Ne constitue pas un motif d'interdiction	Accepter	S/O
CHAGAS Maladie Risque de transmission <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Ne s'applique pas au Plasma de fractionnement</div>	Interdiction. <u>AMÉRIQUE LATINE</u> , incluant le Mexique Territoires endémiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Argentine ▪ Bêlize ▪ Bolivie ▪ Brésil ▪ Chili ▪ Colombie ▪ Costa Rica ▪ Équateur ▪ Guatemala ▪ Guyana ▪ Honduras ▪ Mexique ▪ Nicaragua ▪ Panama ▪ Paraguay ▪ Pérou ▪ Salvador ▪ Suriname ▪ Uruguay ▪ Vénézuëla 	0133	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guyane française 		
<p>Le donneur, sa mère ou sa grand-mère maternelle sont nés en Amérique latine, incluant le Mexique.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Le pays d'origine du donneur, de sa mère ou de sa grand-mère maternelle est inconnu.</p> <p>Le donneur a voyagé ou résidé 30 jours consécutifs ou plus en Amérique latine, incluant le Mexique.</p>	<p>Si le voyage en territoire endémique a été effectué <u>avant</u> le dernier test.</p> <p>Si le voyage en territoire endémique a été effectué <u>après</u> le dernier test.</p>	<p>Accepter Le donneur doit être testé</p> <p>Accepter Le donneur ne doit pas être testé</p> <p>Accepter Le donneur doit être testé</p>	
CHAMPIGNONS, infection (mycose superficielle)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
CHANCRE MOU	Interdiction de 12 mois (364 jours) après la disparition des signes et symptômes.	ITSS	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
CHIRURGIE	<u>Note</u> : Une visite médicale périodique après la fin du suivi médical post-op n'est pas un motif d'interdiction.		
Bariatrique (incluant anneau gastrique et dérivation bilio-pancréatique)	Si chirurgie \geq 12 mois : Accepter <u>Note</u> : la prise de suppléments de fer et/ou de vitamines ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Si chirurgie $<$ 12 mois : Interdiction de 12 mois (364 jours) après l'intervention.	BARI	D
Orthopédique	Interdiction (date du jour) jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	CHIR	R
Splénectomie	Si l'intervention est consécutive à un traumatisme :		S/O
	- Plaquettes par aphérèse : interdiction.	RATE	
	- Autres types de dons : ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	
	Si traitement de PTI, voir le critère « Thrombocytopénie »		
	Dans les autres cas, interdiction permanente.	1014	D/R
Vasculaire	Endartériectomie (carotides), interdiction permanente.	1500	D
	Pontage fémoral/angioplastie fémorale : Interdiction (date du jour) jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	CHIR	D
	Saphénectomie (traitement chirurgical des varices) : Interdiction (date du jour) jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	CHIR	D
	Toute autre chirurgie vasculaire Interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux)	DINT	D
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u>		
	- Si interdiction suite à la DINT.	VASC	D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Toute autre chirurgie	Interdiction (date du jour) jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis et/ou selon la condition sous-jacente, quel que soit le type d'anesthésie.	CHIR	D
CHLAMYDIA	Interdiction de 7 jours après l'arrêt des antibiotiques.	IN07	R
CHOLÉCYSTITE	Interdiction (date du jour) si symptomatique.	CHOL	D
CINQUIÈME MALADIE (érythème infectieux) Maladie	Interdiction de 3 semaines (20 jours) après la disparition des signes et symptômes.	5MAL	R
CIRRHOSE DU FOIE	Interdiction permanente.	1240	D / R
CLOSTRIDIUM DIFFICILE Malade	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des antibiotiques.	CDIF	R
Porteur	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
COELIAQUE, maladie	Si symptomatique le jour du don, Interdiction (date du jour)	COEL	D
CŒUR, maladie du Anévrisme, aorte abdominale (AAA)/ aorte thoracique (AAT)	Si non corrigé, interdiction.	1510	D
	Si corrigé, interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.	DEXT	
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u> - Si le médecin traitant confirme le rétablissement du donneur, interdiction de 6 mois (179 jours) après la fin du suivi chirurgical.	ANV6	D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Arythmies Palpitations sans diagnostic d'arythmie	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Demande externe déjà approuvée par la direction médicale	<p>Si la condition cardiaque du donneur est inchangée, cette demande est toujours valide.</p> <p>Si la condition cardiaque s'est détériorée, interdire et remplir une nouvelle demande externe de renseignements médicaux.</p> <p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u></p> <p>- Si interdiction suite à la DEXT.</p>	<p>DEXT</p> <p>0210</p>	
Antécédents	Si le donneur ne présente plus d'arythmies (sans correction) et ne prend pas de médicaments à cet effet.	Accepter	S/O
Arythmies corrigées	<p>Par fulguration (ablation par radiofréquence) ou par cardioversion.</p> <p>Par la prise de médicaments : Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.</p> <p>Par un stimulateur cardiaque (pacemaker) :</p> <p>- depuis plus de 6 mois, interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.</p> <p>- depuis moins de 6 mois, interdire et remettre la demande externe au donneur en l'informant de la faire remplir par son médecin traitant à partir de 6 mois après l'intervention.</p> <p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u></p> <p>- Si interdiction suite à la DEXT.</p>	<p>Accepter</p> <p>DEXT</p> <p>DEXT</p> <p>DEXT</p> <p>0210</p>	<p>S/O</p> <p>D</p> <p>D/R</p> <p>D/R</p> <p>D</p>

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Arythmies non corrigées	Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.	DEXT	D
	<p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u></p> <p>- <i>Si arythmie bénigne sur cœur sain, sans indication de traitement pharmacologique.</i></p>	Accepter	S/O
Chirurgie cardiaque	Toute autre arythmie non corrigée, interdiction.	0210	D
	Malformation cardiaque congénitale : voir ce critère ci-dessous.		
	<p>Pontage coronarien :</p> <p>- Si l'intervention est survenue il y a moins de 12 mois : interdiction de 12 mois (364 jours) suivant la date de l'intervention.</p>	COEU	D
	<p>- Si l'intervention est survenue il y a 12 mois et plus, mais que l'une des situations suivantes reliées au problème cardiaque s'est produite : interdiction de 12 mois (364 jours) à partir de la date la plus récente de cette situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • survenue de symptômes; • nouveau diagnostic; • intervention; • restriction d'activités. 	COEU	D
	<p>Toute autre chirurgie cardiaque, interdire et remplir une Demande externe de renseignements médicaux.</p> <p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u></p> <p>- <i>Si interdiction suite à la DEXT.</i></p>	DEXT	
		0290	D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Malformation cardiaque congénitale	Malformation asymptomatique :		
	- Si corrigée, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	- Si non corrigée : interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux).	DINT	S/O
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u>		
	- Si interdiction suite à la DINT.	MALC	D
	Malformation symptomatique : interdire et saisir les informations dans les commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux).	DINT	D
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u>		
	- Si interdiction suite à la DINT.	MALC	D
MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de stent	- Si le problème ou l'intervention sont survenus il y a moins de 12 mois : interdiction de 12 mois (364 jours) suivant la date du diagnostic ou de l'intervention.	0270	D
	- Si le problème ou l'intervention sont survenus il y a 12 mois et plus, mais que l'une des situations suivantes reliées au problème cardiaque s'est produite : interdiction de 12 mois (364 jours) à partir de la date la plus récente de cette situation : <ul style="list-style-type: none"> • survenue de symptômes; • nouveau diagnostic; • intervention; • restriction d'activités. 	0270	D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Myocardite			
Virale/inconnue	Interdiction de 6 mois (179 jours) après la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	MYOC et SMET	R
Non virale	Interdiction jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	R
Péricardite			
Virale/inconnue	Interdiction de 6 mois (179 jours) après la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	PERI et SMET	R
Non virale	Interdiction jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	R
Constrictive	Interdiction permanente.	0260	D
Souffle cardiaque			
Asymptomatique	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Symptomatique	Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT	DEXT 0200	D
COLITE ULCÉREUSE	Interdiction de 5 ans après la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des médicaments.	COLU	D
CÔLON IRRITABLE, syndrome du	Si absence de diarrhée depuis au moins 24 heures avec ou sans médicaments. Sinon, interdiction d'un jour.	Accepter DIAR	S/O D
COLOSTOMIE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
COMA	<p>Si survenu \geq 10 ans.</p> <p>Si survenu $<$ 10 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dû à un traumatisme crânien : <ul style="list-style-type: none"> • Avec séquelles neurologiques permanentes : Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. • Sans séquelles neurologiques permanentes et suivi médical terminé. • Sans séquelles neurologiques permanentes et suivi médical non terminé : interdiction jusqu'à ce que le suivi médical soit terminé. - Autre : Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. 	<p>Accepter</p> <p>DEXT</p> <p>Accepter</p> <p>TRAC</p> <p>DEXT</p>	<p>S/O</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p>
CONDYLOME (Virus du papillome humain – VPH)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
CONJONCTIVITE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	<p>Interdiction (date du jour) si le donneur n'est pas en mesure de comprendre le processus du don de sang ni de répondre adéquatement au questionnaire.</p> <p><u>Note</u> : un donneur accepté a nécessairement fourni un consentement éclairé.</p>	CNEC	D / R
CONTACT AVEC DU SANG	Interdiction de 6 mois (179 jours) si du sang ou un liquide organique d'une autre personne a été en contact avec une plaie ouverte, de la peau lésée ou une muqueuse du donneur ou s'il y a eu une inoculation percutanée de ces liquides.	CSAN	R
COQUELUCHE Malade	Interdiction de 3 semaines (20 jours) après la disparition des signes et symptômes.	COQL	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
<p>COVID-19 (Coronavirus)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>Ne s'applique pas au Plasma de fractionnement</p> </div> <p>Infection</p>	<p>Si le donneur a eu une infection¹ à la COVID-19, interdiction de 9 jours après le début des signes et symptômes². Une anosmie (perte de l'odorat) ou agueusie (perte du goût) résiduelle, après la période d'interdiction, n'est pas un motif d'interdiction.</p> <p>¹ Cette infection doit être confirmée par un résultat positif à un test de dépistage PCR ou test rapide (antigène).</p> <p>² Si absence de signes et symptômes, considérer la date du résultat positif ou du diagnostic (la date du premier événement) comme étant la date de début de l'interdiction.</p> <p>Un résultat négatif au test de dépistage PCR ou au test rapide (antigène) de la COVID-19 nécessite qu'on change la réponse de la question LG à « Non ». Le donneur est éligible au don.</p>	<p>COVM</p>	<p>R</p>
<p>CREUTZFELDT-JAKOB, (CJ) MALADIE DE Forme classique</p> <p>Maladie</p> <p>Personne apparentée</p>	<p>Interdiction permanente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Date de début de l'interdiction est la date du jour <p>Interdire tout donneur apparenté par le sang à une personne (père, mère, enfant, frère ou sœur) chez qui on a posé un diagnostic de la maladie de CJ de type familial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Date de début de l'interdiction est la date du jour. 	<p>0131</p> <p>MCJP</p>	<p>R</p> <p>R</p>

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
	S'il n'y a pas eu un diagnostic de la maladie de CJ de type familial ou si le donneur ne connaît pas l'information – ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	R
CROHN, MALADIE DE	Interdiction permanente.	1220	R
CURETAGE	Interdire (date du jour) jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis si le curetage a été effectué pour traiter des saignements utérins dysfonctionnels. Si le curetage a été effectué après un avortement, voir « Grossesse, avortement ».	CHIR	D
CYSTITE			
Infectieuse	Interdiction (1 jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des antibiotiques.	CYST	R
Interstitielle (non infectieuse)	Interdiction (date du jour) si symptomatique. Si asymptomatique avec ou sans prise de médicaments.	CINT Accepter	D S/O
CYTOMÉGALOVIRUS, infection à	Interdiction de 6 mois (179 jours) après la disparition des signes et symptômes.	CMVM	R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, Conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

Critère	Description du changement	Justification	Provenance de l'information
Ensemble du document	Le nom du département Service à la Clientèle Donneurs (SCD) a été changé pour Conformité des Dossiers Donneurs (CDD).	Harmonisation avec l'organigramme d'Héma-Québec (projet Symphonie).	S/O
Cancer – tous les autres types	Ajout d'une note « Note : un traitement préventif n'est pas considéré ».	Précision pour plus de clarté. Un traitement visant à prévenir une récurrence (ex. Tamoxifène) n'est pas une restriction au don de sang.	Demande de la Direction médicale
Chagas – zone de texte	Le message dans la zone de texte « Ne s'applique pas au DDP » est modifié pour « Ne s'applique pas au Plasma de fractionnement ».	Souci de clarté et harmonisation du texte.	S/O
Cinquième maladie	Ajout « Érythème infectieux ».	Souci de clarté et précision.	Demande de la Direction médicale
Covid-19 – zone de texte	Le message dans la zone de texte « Prélèvement sur PCS2 : S/O » a été changé pour « Ne s'applique pas au Plasma de fractionnement ».	Souci de clarté et harmonisation du texte.	S/O
Creutzfeldt-Jakob, (CJ) maladie de Forme classique Maladie	Ajout « date de début de l'interdiction est la date du jour ».	Souci de clarté et précision.	S/O
Creutzfeldt-Jakob, (CJ) maladie de	Ajout « date de début de l'interdiction est la date du jour ».	Souci de clarté et précision.	S/O

Critère	Description du changement	Justification	Provenance de l'information
<p>Forme classique Personne apparentée</p>	<p>Ajout « S'il n'y a pas eu un diagnostic de la maladie de CJ de type familial ou si le donneur ne connaît pas l'information – ne constitue pas un motif d'interdiction. »</p>	<p>La maladie familiale à prion est extrêmement rare et la plupart des cas signalés par les donneurs sont des cas de la MCJ sporadique (sMCJ) et non de maladie familiale à prion. Les membres de la famille des personnes atteintes de la sMCJ ne courent pas un risque accru de développer la maladie.</p> <p>Héma-Québec souhaite harmoniser ses critères d'éligibilité avec les recommandations récemment publiées par la Food and Drug Administration (<i>FDA Recommendations to Reduce the Possible Risk of Transmission of Creutzfeldt-Jakob Disease and Variant Creutzfeldt-Jakob Disease by Blood and Blood Components; May 2022</i>) et retirer la question sur la présence de MCJ dans la famille.</p> <p>Toutefois, par mesure de précaution, les personnes qui déclarent volontairement avoir des membres de leur famille connus pour être atteints d'une maladie familiale à prions confirmée seront interdites définitivement.</p>	<p>CC-PRB-02201</p>
<p>Creutzfeldt-Jakob, Variante de la maladie (vMCJ)</p>	<p>Retrait du critère</p>	<p>À la lumière de la revue de littérature et du modèle de risque canadien, Héma-Québec souhaite harmoniser ses critères d'éligibilité avec les recommandations récemment publiées par la Food and Drug Administration (<i>FDA Recommendations to Reduce the Possible Risk of Transmission of Creutzfeldt-Jakob Disease and Variant Creutzfeldt-Jakob Disease by Blood and Blood Components; May 2022</i>).</p> <p>Par conséquent, Héma-Québec retire le critère d'interdiction lié aux voyages dans les pays qui étaient jusqu'à maintenant jugés à risque d'exposition à l'agent de la vMCJ.</p>	<p>CC-PRB-02201</p>
<p>Réf.: OC-08270; CC-PRB-02201; SC-00135</p>			

Numéro du document	MAN-00078 [10]
Numéro historique	MCS D Module 05
Date en vigueur	03-12-2023
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	10-07-2023
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	07-07-2023
Direction médicale	Christian Renaud	04-07-2023
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	14-07-2023
Assurance qualité	Aleyda Maria Jimenez	18-07-2023
Conformité réglementaire	Helen Davidson	07-11-2023

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
DENGUE	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes.	DENG	R
DENTISTE			
Nettoyage, plombage, restauration, orthodontie	Interdiction (date du jour) la journée du traitement.	DEN0	R
Extraction, chirurgie, traitement de canal, autogreffe de gencive, couronne, curetage, implant	Interdiction de 3 jours suite au traitement.	DEN3	R
Prise d'empreintes / blanchiment	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
DÉRIVATION VENTRICULO-PÉRITONÉALE/ SHUNT (en place)	Interdiction permanente.	0500	R
DIABÈTE			
Diabète résolu ou contrôlé par la diète ou médicament (sauf insuline)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Diabète type 1 (insulino-dépendant)	Interdiction si :		
	- Donneur n'a pas mangé au cours des deux (2) heures précédant le don ¹ .	DIA0	D
	- Donneur a eu un épisode sévère ² au cours des trois (3) derniers mois.	DI3M	D
	- Donneur a présentement un ulcère au niveau des pieds ou des jambes.	DIA0	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Diabète type 2 insulino-dépendant	- Donneur a des étourdissements ou des vertiges de façon répétée en position debout : compléter une demande externe de renseignements médicaux.	DEXT	D
	<i>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</i>		
	<i>Si interdiction suite à la DEXT</i>	0610	D
	Interdiction si :		
	- Donneur a eu un épisode sévère ² au cours des trois (3) derniers mois.	DI3M	D
	- Donneur a présentement un ulcère au niveau des pieds ou des jambes.	DIA0	R
- Donneur a des étourdissements ou des vertiges de façon répétée en position debout : compléter une demande externe de renseignements médicaux.	DEXT	D	
<i>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</i>			
<i>Si interdiction suite à la DEXT</i>	0610	D	
Note 1 : Prendre une collation dans la zone de rafraîchissement avant le don est acceptable. Si le donneur veut aller à la collation, sauvegarder le questionnaire sans réponse. S'il quitte, répondre Non à la question.			
Note 2 : Épisode sévère : Lorsque la personne diabétique a besoin de l'assistance d'une autre personne pour traiter des symptômes tels qu'un épisode d'hypoglycémie grave (faible taux de sucre) ou une visite à l'hôpital pour hyperglycémie (taux élevé de sucre).			

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Diabète autre que type 1 ou 2	Compléter une demande externe de renseignements médicaux. <i>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</i> <i>Si interdiction suite à la DEXT</i>	DEXT 0610	D
DIARRHÉE	Interdiction (1 jour) après la disparition des signes et symptômes.	DIAR	R
DIPHÉTÉRIE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	R
DIVERTICULITE (Inflammation de diverticules)	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des médicaments.	DIVE	R
DIVERTICULOSE (Présence de diverticules)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
DONS, intervalle Particularités – Dons dirigés	Voir tableau en fin de section. Délai minimum entre le don et la chirurgie : 3 jours Si plusieurs dons : intervalle de 7 jours entre les dons pour un maximum de 4 dons Un intervalle de 48 heures entre les dons ne peut être autorisé qu'une seule fois à moins d'autorisation du directeur médical	Accepter ou interdire	D
DROGUE par injection	Interdiction permanente.	0175	R
DYSENTERIE			
Amibienne	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes.	PARA et SMET	R
Bacillaire	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes.	PAR0	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
DYSTROPHIE MUSCULAIRE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

INTERVALLE ENTRE LES DONNS (en jours)

HOMMES

DERNIER DON	PROCHAIN DON*				
	sang total	plasma fract	granulo.	th	th/pc
sang total	56	56	56 ¹	56 ²	56
plasma fract	56	6 ³	14 ¹	14 ²	14
granulocytes	56	14	10 ¹	10 ²	10
th	56	14	10 ¹	14 ²	14
th/pc	56	14	10 ¹	14 ²	14

FEMMES

DERNIER DON	PROCHAIN DON*				
	sang total	plasma fract	granulo.	th	th/pc
sang total	84	84	84 ¹	84 ²	84
plasma fract	56	6 ³	14 ¹	14 ²	14
granulocytes	56	14	10 ¹	10 ²	10
th	56	14	10 ¹	14 ²	14
th/pc	56	14	10 ¹	14 ²	14

Produits prélevés par aphérèse avec appareil :

TRIMA Accel :	th, th/pc
PCS2 :	plasma fract.
Spectra Optia :	granulocytes

Légende pour les produits prélevés sur TRIMA Accel :

pc = plasma congelé
th = plaquettes

- * Le donneur peut faire un don au x^e jour indiqué. Par exemple, entre 2 dons de sang total, le donneur peut faire un don à la 56^e journée pour un homme et à la 84^e journée pour une femme.
- ¹ Si délai inférieur à celui indiqué, la décision d'accepter ou d'interdire le donneur revient au directeur médical.
- ² Pour des plaquettes typées, si délai inférieur à celui indiqué, la décision d'accepter le donneur revient au directeur médical. De plus, l'intervalle entre deux dons de plaquettes typées peut être raccourci à 24 heures pour un maximum de 27 dons par année pourvu que le décompte des plaquettes du dernier don et que le taux d'hémoglobine du jour soient conformes.
- ³ Un maximum de 52 dons est permis annuellement au plasma de fractionnement.

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordinatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

Critère	Description du changement	Justification	Provenance de l'information
Diabète résolu ou contrôlé par la diète ou médicament (sauf insuline)	Ajout « résolu ou contrôlé par la diète ou médicament (sauf insuline) » dans le critère.	Information déjà présente. Reformulation par souci de clarté.	S/O
Diabète type 1 insulino-dépendant	Le critère a été révisé entièrement pour ajouter les applications suivantes: Interdiction si - Donneur n'a pas mangé au cours des deux (2) heures précédant le don ¹ - Donneur a eu un épisode sévère ² au cours des trois (3) derniers mois. - Donneur a présentement un ulcère au niveau des pieds ou des jambes. - Donneur a des étourdissements ou des vertiges de façon répétée en position debout : compléter une demande externe de renseignements médicaux.	Le changement concernant l'alimentation dans les deux dernières heures et les épisodes sévères servent à prévenir un risque donneur liés aux événements indésirables au don. L'ajout concernant la présence d'ulcère permet de mitiger un risque receveur impliquant une potentielle bactériémie intermittente. L'ajout concernant les étourdissements permet d'évaluer la présence d'une complication fréquente chez les diabétiques : la neuropathie périphérique. Cette complication pourrait prédisposer le donneur à un risque augmenté d'événement indésirable au don.	CC-PRB-02201 SC-00135
Diabète type 2 insulino-dépendant	Le critère a été révisé entièrement pour ajouter les applications suivantes: Interdiction si : - Donneur a eu un épisode sévère ² au cours des trois (3) derniers mois. - Donneur a présentement un ulcère au niveau des pieds ou des jambes. - Donneur a des étourdissements ou des vertiges de façon répétée en position debout : compléter une demande externe de renseignements médicaux.	L'ajout concernant la présence d'ulcère permet de mitiger un risque receveur impliquant une potentielle bactériémie intermittente. L'ajout concernant les étourdissements permet d'évaluer la présence d'une complication fréquente chez les diabétiques : la neuropathie périphérique. Cette complication pourrait prédisposer le donneur à un risque augmenté d'événement indésirable au don.	CC-PRB-02201 SC-00135
	Retrait des applications suivantes : - Donneur a commencé à prendre de l'insuline avant le 01-01-2007 et en a pris quotidiennement pour un total de 6 mois ou plus, interdiction. - Donneur a commencé à prendre de l'insuline après le 01-01-2007 et a eu des épisodes d'hypoglycémie symptomatique dans le dernier mois, interdiction de 30 jours.	La <i>Food and Drug Administration</i> (FDA) a précédemment exigé l'ajournement en cas d'exposition à l'insuline bovine par précaution, bien qu'aucun cas de la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ) n'ait été associé à son utilisation. Cependant, en 2020, la FDA a retiré cette recommandation de ses directives. La Société canadienne du sang a également retiré la question sur l'insuline bovine	CC-PRB-02201 SC-00135

Critère	Description du changement	Justification	Provenance de l'information
	<p>- Donneur a commencé à prendre de l'insuline après le 01-01-2007, n'a pas eu d'épisodes d'hypoglycémie symptomatique dans le dernier mois mais a augmenté ou diminué sa dose d'insuline de 3 unités ou plus dans le dernier mois, interdiction de 30 jours.</p> <p>- Donneur a commencé à prendre de l'insuline après le 01-01-2007, n'a pas eu d'épisodes d'hypoglycémie symptomatique dans le dernier mois et n'a pas augmenté ou diminué sa dose d'insuline de 3 unités ou plus dans le dernier mois, accepter.</p>	en 2021. Héma-Québec suit cette harmonisation et retire la question sur l'insuline bovine.	
<p>Diabète type 1 insulino-dépendant /</p> <p>Diabète type 2 insulino-dépendant</p>	<p>Ajout des deux notes qui s'appliquent au diabète type 1 et 2 insulino-dépendant :</p> <p>Note 1 : Prendre une collation dans la zone de rafraîchissement avant le don est acceptable. Si le donneur veut aller à la collation, sauvegarder le questionnaire sans réponse. S'il quitte, répondre Non à la question.</p> <p>Note 2 : Épisode sévère : Lorsque la personne diabétique a besoin de l'assistance d'une autre personne pour traiter des symptômes tels qu'un épisode d'hypoglycémie grave (faible taux de sucre) ou une visite à l'hôpital pour hyperglycémie (taux élevé de sucre).</p>	Souci de clarté et précision.	<p>CC-PRB-02201</p> <p>SC-00135</p>
Diabète autre que type 1 ou 2	Ajout d'un nouveau critère avec l'application suivantes : « Compléter une demande externe de renseignements médicaux. »	Comme il existe plusieurs types de diabète en plus des types 1 et 2, Héma-Québec ajoute une question supplémentaire pour intercepter et évaluer ces situations.	<p>CC-PRB-02201</p> <p>SC-00135</p>
Légende pour les produits prélevés sur TRIMA Accel	Retrait du point « Pour des plaquettes typées, si délai inférieur à celui indiqué, la décision d'accepter le donneur revient au directeur médical »	Répétition. Cette information se trouve déjà au 2e point.	Demande de service
	Retrait du point « Dans des circonstances particulières (ex. : plasma réservé à un patient en particulier), l'intervalle peut être inférieur à 6 jours et un maximum de 10 dons peuvent être effectués durant une période de 8 semaines; cependant, pas plus de 2 dons ne doivent être prélevés dans une période de 48 heures et pas plus de 4 dons durant une période de 7 jours. La décision d'accepter ou d'interdire le donneur revient au directeur médical	N'est plus d'actualité suite au retrait du processus de prélèvement de plasma sur l'appareil TRIMA, dispositif PA.	<p>CC-PRB-01871</p>
	Ajout d'un point « Un maximum de 52 dons est permis annuellement au plasma de fractionnement. »	Ajout de précision.	Demande de service

Critère	Description du changement	Justification	Provenance de l'information
Réf.: OC-08321 / CC-PRB-02201 / SC-00135			

EN VIGUEUR

Numéro du document	MAN-00079 [13]
Numéro historique	MCS D Module 06
Date en vigueur	03-12-2023
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Catherine Latour	06-11-2023
Collectes	Caroline De Blois	08-11-2023
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	06-11-2023
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	06-11-2023
Assurance qualité	Jacinthe Durand	08-11-2023

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION E

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
ÉLECTROLYSE	Si une aiguille personnelle ou à usage unique a été utilisée.	Accepter	S/O
	Interdiction de 3 mois (89 jours) si autres aiguilles utilisées.	ELAC	R
	Si le donneur ne sait pas quel type d'aiguilles a été utilisé : interdiction (date du jour)	INFO	R
EMBOLIE PULMONAIRE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes respiratoires, l'arrêt des anticoagulants et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	EPUL	D
ENCÉPHALITE	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	ENPH et SMET	R
ENDOMÉTRIOSE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
ÉPILEPSIE	Interdiction de 6 mois (179 jours) à partir de la dernière crise convulsive.	EPIL	D
EXAMENS RADIOLOGIQUES ET IMAGERIES MÉDICALES <i>Exemples :</i>	Avec injection de produit de contraste, interdiction de 24 heures après l'examen.	RX01	R
	Sans injection de produit de contraste, accepter.	Accepter	S/O

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
<ul style="list-style-type: none"> - Angiographie, Coronographie - Arthrographie - Examen baryté - Mammographie - Ostéodensitométrie, densitométrie osseuse - Pyélographie - Radiographie - Résonnance magnétique - Scanner (CT-Scan, scan) - Tomodensitométrie (TDM, TACO) 	<p><u>Note</u> : Les produits injectés sont toujours des produits de contraste.</p>		

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordinatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
EPS (Électrophorèse de Protéines Sériques)	Critère « EPS » est retiré et remplacé par Protéines Sériques, analyse des (APS)	<p>Remplacement de la technologie d'Électrophorèse de Protéines Sériques (EPS) par l'Analyse de Protéines Sériques (APS) :</p> <p>L'abréviation EPS signifie Électrophorèse de protéines sériques, soit la technologie utilisée pour déterminer la distribution (qualitative et quantitative) des différentes protéines sériques séparées par électrophorèse avec l'équipement Capillarys.</p> <p>L'équipement Capillarys est en fin de sa vie utile et ne sera plus supporté par le fournisseur. En conséquence, un changement de technologie a été demandé par les Affaires médicales. Le nouvel analyseur, Optilite, permet d'effectuer les analyses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'analyse des protéines totales est ajoutée au dossier du donneur à tous les 8 dons de plasma par aphérèse avec ou sans produits concurrents. - L'analyse des immunoglobulines IgG est ajoutée au dossier du donneur en analyse supplémentaire lors de la saisie d'un résultat de protéines totales. <p>Suite au changement de technologie, l'analyse de l'Électrophorèse des protéines sériques (EPS) n'est plus effectuée.</p> <p>Afin de faciliter la compréhension du changement par le personnel, il a été décidé de conserver une nomenclature similaire en passant de EPS (Électrophorèse de Protéines Sériques) à APS (Analyse des Protéines Sériques).</p>	CC-PRB-02174
Réf. OC-08611			

Numéro du document	MAN-00080 [9]
Numéro historique	MCSD Module 07
Date en vigueur	04-12-2022
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	24-10-2022
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	20-10-2022
Direction médicale	Christian Renaud	21-10-2022
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	20-10-2022
Assurance qualité	Aleyda Maria Jimenez	27-10-2022

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION F

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
FATIGUE CHRONIQUE, syndrome de	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
FER, prise de	Prescrit pour traiter l'anémie : voir critère « Anémie, anémie ferriprive ».	Accepter	S/O
	Prescrit en prévention ou en remplacement chez les donneurs de sang, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Non prescrit, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
FERRITINE, résultat	Si résultat < 12.0 µg/L, interdiction de 6 mois (179) jours.	FEBA	D
FIBROME	Interdiction (date du jour) si la donneuse présente des hémorragies menstruelles.	FIBR	S/O
FIBROMYALGIE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
FIÈVRE	Interdiction (date du jour) jusqu'à ce que la fièvre soit disparue.	NSPB	R
FIÈVRE JAUNE	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes et l'arrêt du suivi médical.	FJAU	R
FIÈVRE Q	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	QFEV	R
FIÈVRE RÉCURRENTE	Interdiction de 2 ans (729 jours) après le dernier épisode.	IN2A	R
FIÈVRE TYPHOÏDE	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes et l'arrêt du suivi médical.	TYPH	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
FORMULE SANGUINE Pré don <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">Granulocytes par aphérèse seulement</div> <u>Neutrophiles</u>	Valeurs acceptables : $\geq 1.5 \times 10^9/L$ Si hors normes, la décision d'accepter le donneur revient au Directeur médical	Saisir AF14, date de début	D
Formule sanguine analyse (CQ) <u>Décompte de plaquettes</u> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">Produits par aphérèse TRIMA seulement</div>	Valeurs acceptables : 150 à 575 X 10⁹/L <u>Plaquettes :</u> Si $< 150 \times 10^9/L$, interdiction de 13 jours. Si moyenne $< 150 \times 10^9/L$, interdiction permanente plaquettes par aphérèse La limite acceptable de l'appareil Trima est $\leq 575 \times 10^9/L$ <u>Plaquettes typées :</u> Si $< 150 \times 10^9/L$ et si l'appareil permet le prélèvement, la décision d'accepter le donneur revient au directeur médical.	Saisir AF14, date de début APHN Accepter ou saisir AFVA, date du jour	D

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

SECTION F

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Formule sanguine (CQ) Décompte de plaquettes	Ajout d'application « Si moyenne < 150 X 10 ⁹ /L, interdiction permanente plaquettes par aphérèse » avec le code d'interdiction respectif (APHN).	Ajout du code APHN pour les cas de moyenne plaquettaire pré-don inférieur à 150X10 ⁹ /L qui pourraient être observés en Globule	SC-00096 (Suivi post-implantation de 3 ans), Clarifax 3
Réf. CFA : OC-07856			

Numéro du document	MAN-00081 [6]
Numéro historique	MCS D Module 08
Date en vigueur	05-03-2023
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents
DIR-01382	Les personnes avec antécédent de grossesse ne seront plus sollicitées pour un don de plaquettes à un patient particulier

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	25-01-2023
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	01-02-2023
Direction médicale	Christian Renaud	30-01-2023
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	25-01-2023
Assurance qualité	Aleyda Maria Jimenez	03-02-2023

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION G

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
GALE	Interdiction de 7 jours après la disparition des signes et symptômes.	IN07	R
GASTRO-ENTÉRITE	Interdiction (1 jour) après la disparition des signes et symptômes.	DIAR	R
GENE DÉFECTUEUX (PORTEUR DE) SANS MALADIE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
GIARDIASE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes.	PAR0	R
GILBERT, MALADIE DE	Interdiction (date du jour) si ictérique.	GILB	S/O (Analyses HQ impossibles à effectuer)
GLAUCOME	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
GLOMÉRULO-NÉPHRITE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	RIN0	D/R
GONADOTROPHINE HUMAINE (HYPOPHYSIAIRE)	Interdiction permanente.	0131	R
GONORRHÉE	Interdiction de 12 mois (364 jours) après le traitement.	GONO	R
GOUTTE	Interdiction (date du jour) si symptomatique.	GOUT	D
GRANULOME INGUINAL	Interdiction de 12 mois (364 jours) après le traitement.	ITS8	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
GREFFES			
Allogreffe	Interdiction de 12 mois (364 jours) après la greffe.	REF	R
Autogreffe	Interdiction (date du jour) jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis. Pour autogreffe de gencives, voir le critère « Dentiste ».	REF	D
Dure-mère	Interdiction permanente.	DMER	R
Greffe de tissu animal	Interdiction de 12 mois (364 jours) après la greffe.	REF	R
Greffe synthétique	Interdiction (date du jour) jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	REF	D
Inconnu (le donneur ne sait pas quel type de greffe il a reçu)	Interdiction (date du jour).	INFO	S/O
GRIPPE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes.	NSPB	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
<p>GROSSESSE</p> <p>Dons dirigés seulement</p> <p>Tous les autres types de don</p> <p>Enceinte présentement</p> <p>Accouchement / fausse-couche ≥ 21 semaines</p> <p>Avortement / fausse-couche < 21 semaines</p> <p>Allaitement</p>	<p>Les femmes peuvent faire des dons dans les 6 mois suivant l'accouchement sur approbation du <u>Directeur médical ou son délégué</u>.</p> <p>Interdiction de 6 semaines (41 jours).</p> <p>Interdiction de 6 mois (179 jours) après l'accouchement /fausse-couche</p> <p>Interdiction de 6 semaines (41 jours) après l'avortement / événement.</p> <p>Ne constitue pas un motif d'interdiction.</p>	<p>Accepter ou saisir BBD1, date de début</p> <p>ENCE</p> <p>BEBE</p> <p>ENCE</p> <p>Accepter</p>	<p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>S/O</p>
<p>GROSSESSE, antécédents de (incluant les fausses couches, avortements ou grossesse ectopique)</p> <p>Produits par aphérèse sur TRIMA seulement</p>	<p><u>Plaquettes</u> :</p> <p>Accepter UNIQUEMENT si le don est réservé à un patient particulier ou à « plaquettes rares ».</p> <p><u>VISTA</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans la section « Screening Result », conserver le crochet dans la case « Ne pas prélever de produits plaquettaires ». - Faire un « Override » pour accéder à une procédure de plaquette <u>sans plasma</u>. <p><u>Note</u> : Prélever en plaquette simple sauf si deux produits réservés sont requis.</p>	<p>Accepter</p>	<p>S/O</p>

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
GUILLAIN-BARRÉ, Syndrome de	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt du suivi médical.	GUBA	D
	Si symptômes résiduels, interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux)	DINT	D
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u> - Si interdiction suite à la DINT.	GUIP	S/O

2. RÉDACTION / RÉVISION

Claudia Fugère, Coordonnatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
GROSSESSE, antécédents de (incluant les fausses couches, avortements ou grossesse ectopique)	Ajout : « <u>VISTA</u> : - Dans la section « Screening Result », conserver le crochet dans la case « Ne pas prélever de produits plaquettaires ». - Faire un « Override » pour accéder à une procédure de plaquette <u>sans plasma.</u> »	Précision incluant les informations pour le plasma.	S/O
	Retirer : « Produits concurrents : Plasma : ne pas prélever. Culot : Peut être prélevé. Accepter S/O ».	Retrait du processus de prélèvement de produits multiples avec culots par aphérèse sur l'appareil TRIMA, dispositif MF.	CC-PRB-02006
Réf. CFA : OC-08053			

Numéro du document	MAN-00082 [22]
Numéro historique	MCSD Module 09
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents
FRM-00015	Lettre au donneur (Hémoglobine basse)
FRM-00016	Letter to the donor (Hemoglobin low)
IDT-00004	Inscription d'un donneur

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	22-04-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	25-04-2024
Direction médicale	Christian Renaud	19-04-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	06-05-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	09-05-2024

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
--------------------------------	--------------------	---------------------

1. CRITÈRES : SECTION H

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
HÉMOCHROMATOSE (héréditaire/ génétique)	Interdiction de 7 jours si une saignée a eu lieu dans les 7 derniers jours.	HC07	D
HÉMOGLOBINE <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Sang total, Granulaphérèse et Plasma de fractionnement </div>	<p>FEMME :</p> <p>0 à 11,4 g/dL : Interdiction de 83 jours.</p> <p>11,5 à 12,4 g/dL : Interdiction de 83 jours</p> <p>- Don de sang total permis <u>si femme noire, dans une collecte ciblée, qui a accepté de faire partie du programme de remplacement des pertes en suite à un don de sang.</u></p> <p>12,5 à 25,0 g/dL :</p> <p>Note : lorsque le résultat est entre 17,1 et 25,0 g/dL :</p> <p><u>Sang total et plasma de fractionnement</u> : une surveillance est automatiquement générée par ePROGESA (S011).</p> <p><u>Granulaphérèse</u> : saisir la surveillance S011 dans le programme «Gestion des surveillances» d'ePROGESA.</p> <p>- <u>Granulaphérèse</u> : Si < 12,5 g/dL, la décision d'accepter le donneur revient au <i>Directeur médical ou son délégué.</i></p>	<p style="text-align: center;">HBFE</p> <p style="text-align: center;">HBFE</p> <p style="text-align: center;">Accepter</p> <p style="text-align: center;">Accepter</p> <p style="text-align: center;">Accepter</p> <p style="text-align: center;">Accepter et saisir S011 (date du jour +1)</p> <p style="text-align: center;">Accepter ou saisir HBFE</p>	<p>D</p> <p>D</p>

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
<p>HÉMOGLOBINE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Sang total, Granulaphérèse et Plasma de fractionnement</p> </div>	<p><u>HOMME</u> :</p> <p>0 à 12,9 g/dL : Interdiction de 55 jours.</p> <p>13,0 à 25,0 g/dL :</p> <p>Note : lorsque le résultat est entre 19,1 et 25,0 g/dL :</p> <p style="padding-left: 40px;"><u>Sang total et plasma de fractionnement</u> : une surveillance est automatiquement générée par ePROGESA (S011)</p> <p style="padding-left: 40px;"><u>Granulaphérèse</u> : saisir la surveillance S011 dans le programme «Gestion des surveillances» d'ePROGESA</p> <p>- <u>Granulaphérèse</u> : Si < 13,0 g/dL, la décision d'accepter le donneur revient au <i>Directeur médical ou son délégué</i>.</p>	<p style="text-align: center;">HBHO</p> <p style="text-align: center;">Accepter</p> <p style="text-align: center;">Accepter</p> <p style="text-align: center;">Accepter et saisir S011 (date du jour +1)</p> <p style="text-align: center;">Accepter ou saisir HBHO</p>	

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
<p>HÉMOGLOBINE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>Produits par aphérèse TRIMA seulement</p> </div>	<p><u>FEMME :</u></p> <p>0 à 12,4 g/dL : interdiction de 83 jours</p> <p>12,5 à 25,0 g/dL :</p> <p>Note : lorsque le résultat est entre 17,1 à 25,0 g/dL :</p> <p style="padding-left: 40px;">Si le donneur n'est pas transféré à un autre type de don, saisir la surveillance S011 dans le programme «Gestion des surveillances» d'ePROGESA.</p> <p><u>Particularité plaquettes typées :</u></p> <p>Si < 12,5 g/dL, la décision d'accepter le donneur revient au <i>Directeur médical ou son délégué</i>. Si donneur accepté, interdiction de 83 jours après ce don.</p> <p><u>HOMME :</u></p> <p>0 à 12,9 g/dL : interdiction de 55 jours</p> <p>13,0 à 19,0 g/dL</p> <p>Note : lorsque le résultat est entre 19,1 à 25,0 g/dL :</p> <p style="padding-left: 40px;">Si le donneur n'est pas transféré à un autre type de don, saisir la surveillance S011 dans le programme «Gestion des surveillances» d'ePROGESA.</p>	<p>HBFE</p> <p>Accepter</p> <p>Accepter et saisir S011 (date du jour +1)</p> <p>Accepter ou saisir HBFE</p> <p>HBHO</p> <p>Accepter</p> <p>Accepter et saisir S011 (date du jour +1)</p>	

INFORMATIONS AU DONNEUR SI RÉSULTAT HORS-NORME

HÉMOGLOBINE BASSE – Homme \leq 12,9 g/dL :

« Vous avez été exclu du don de sang pour un taux d'hémoglobine en bas de la normale. Nous vous conseillons de consulter votre médecin à ce sujet qui pourra confirmer que votre taux d'hémoglobine est bas et faire l'investigation nécessaire afin de déterminer la cause exacte de cette anémie.

Si vous avez fait 3 dons ou plus de sang total ou 12 dons ou plus de plaquettes par aphérèse dans la dernière année, il est possible que ce taux bas soit dû à une baisse de la réserve de fer secondaire à vos dons de sang. Dans la majorité des cas, le don de plasma ou de plaquettes n'entraîne pas de perte en fer. Cependant, chez les donneurs fréquents, le prélèvement des échantillons sanguins requis à chaque don pourrait entraîner une perte en fer. Parlez-en à votre médecin si c'est le cas, en prenant bien soin de lui mentionner que vous êtes un donneur de sang fréquent ».

« You have been excluded from giving blood today because your hemoglobin level is below the norm. We advise you to consult your doctor about this matter so as to confirm your low hemoglobin level and conduct the investigation needed to determine the exact cause of this anemia.

If you have made three donations or more of whole blood or 12 donations or more of apheresis platelets during the past year, it is possible that this low level is the result of a decrease in your iron reserve secondary to your blood donations. In most cases, donating plasma or platelets does not result in loss of iron. However, in the case of frequent donors, taking the blood samples required for each donation may cause a loss of iron. Talk to your doctor if this is the case, taking care to inform him/her that you are a frequent blood donor

»

- Aviser le donneur et lui remettre le FRM-00015 *Lettre au donneur (Hémoglobine basse)* (anglais : FRM-00016 *Letter to the donor (Hemoglobin low)*).

HÉMOGLOBINE BASSE – Femme : Entre 12,0 et 12,4 g/dL :

- **Ne pas communiquer ce texte à la femme noire qui fait partie du programme de remplacement des pertes en fer**

« Même si vous avez été exclue du don de sang aujourd'hui, votre taux d'hémoglobine est dans les limites de la normale. Nous vous conseillons d'avoir une alimentation riche en fer pour les trois prochains mois et de tenter de nouveau de donner du sang par la suite. S'il s'agit d'un deuxième épisode consécutif d'exclusion en raison de notre critère d'hémoglobine, il pourrait s'avérer utile de prendre des suppléments de fer si vous désirez donner du sang ».

« Even if you have been excluded from giving blood today, your hemoglobin level is within normal limits. We advise you to eat a diet rich in iron for the next three months and to try to give blood again following that. If you are excluded a second time in keeping with our hemoglobin criterion, it might be a good idea to take iron supplements if you want to give blood ».

- Aviser la donneuse.

HÉMOGLOBINE BASSE – Femme < 12,0 g/dL :

- **Communiquer ce texte à la femme noire qui fait partie du programme de remplacement des pertes en fer seulement si elle est exclue ($\leq 11,4$ g/dL)**

« Vous avez été exclue du don de sang aujourd'hui pour un taux d'hémoglobine en bas de la normale. Si vous avez fait 2 dons ou plus de sang total ou 8 dons ou plus de plaquettes par apheresis dans la dernière année il est possible que cette hémoglobine basse résulte de vos dons de sang antérieurs. Dans la majorité des cas, le don de plasma ou de plaquettes n'entraîne pas de perte en fer. Cependant, chez les donneurs fréquents, le prélèvement des échantillons sanguins requis à chaque don pourrait entraîner une perte en fer. Parlez-en à votre médecin si c'est le cas. Si vous n'avez pas fait de don de sang dans la dernière année, votre médecin pourra faire une investigation afin d'établir la cause de cette hémoglobine basse. Les pertes de sang menstruelles abondantes sont une source fréquente d'anémie chez les femmes ».

« You have been excluded from giving blood today because your hemoglobin level is below the norm. If you have made two donations or more of whole blood or 8 donations or more of apheresis platelets during the past year it is possible that your low hemoglobin level has been caused by your previous donations. In most cases, donating plasma or platelets does not result in loss of iron. However, in the case of frequent donors, taking the blood samples required for each donation may cause a loss of iron. Talk to your doctor if this is the case. If you have not given blood in the past year, your doctor can conduct an investigation to determine the cause of your low hemoglobin. Abundant menstrual bleeding is often a source of anemia in women ».

- Aviser la donneuse et lui remettre le FRM-00015 *Lettre au donneur (Hémoglobine basse)* (anglais: FRM-00016 *Letter to the donor (Hemoglobin low)*).

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
HEMORROÏDES	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
HÉPATITE Maladie			
HÉPATITE ÉTIOLOGIE INCONNUE (du médecin ou du donneur)	Interdiction de 6 mois (179 jours) après la disparition des signes et symptômes ou du diagnostic si aucun signe et symptôme.	0115	R
HÉPATITE A	Interdiction de 6 mois (179 jours) après la disparition des signes et symptômes ou du diagnostic si aucun signe et symptôme.	VHAM	R
HÉPATITE B Aiguë ou chronique	Interdiction (permanente) à partir de l'apparition des signes et symptômes ou du diagnostic si aucun signe et symptôme.	VHBM	R
HÉPATITE C	Interdiction (permanente) à partir de l'apparition des signes et symptômes ou du diagnostic si aucun signe et symptôme.	VHCM	R
HÉPATITE E	Interdiction de 6 mois (179 jours) après la disparition des signes et symptômes ou du diagnostic si aucun signe et symptôme.	VHEM	R
HÉPATITE LIÉE :			
À la mononucléose	Interdiction de 6 mois (179 jours) après la disparition des signes et symptômes de la mononucléose.	MONO	R
Au cytomégalo-virus	Interdiction de 6 mois (179 jours) après la disparition des signes et symptômes de l'infection au CMV.	CMVM	R
À un médicament	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes.	HEP0	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
À l'alcool	Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.	DEXT	R
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT.	1240	R
HÉPATITE Personne exposée	Note : Entourage : Personne vivant sous le même toit.		
HÉPATITE ÉTIOLOGIE INCONNUE			
Aiguë	<u>Entourage et partenaire sexuel :</u> Interdiction de 12 mois (364 jours) à partir du diagnostic du malade.	811C	R
Chronique (implique un suivi médical à vie du malade)	<u>Entourage :</u> Interdiction de 12 mois (364 jours) après le dernier contact.	HEPS	R
	<u>Partenaire sexuel :</u> Interdiction de 12 mois (364 jours) après le dernier contact sexuel.	HEPS	R
HÉPATITE A	<u>Entourage et partenaire sexuel :</u> Si vaccinée, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Si non vaccinée : - Si la date du diagnostic du malade est \geq 12 mois, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	
	- Si la date du diagnostic du malade est $<$ 12 mois, interdiction de 12 mois (364 jours) à partir du diagnostic du malade.	811C	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
HÉPATITE B aiguë ou chronique (avec preuve de vaccination)	La preuve est déjà au dossier médical.	Accepter	S/O
	<p>Donneur vacciné avec preuve de vaccination* : ne constitue pas un motif d'interdiction.</p> <p>* Si le donneur a son carnet de vaccination :</p> <p>Si <u>uniquement contre Hépatite B (Engerix B ou Recombivax HB), vaccination reçue lorsque donneur avait :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Moins de 1 an : 3 doses - Entre 1 an et 19 ans : 2 doses - 20 ans et plus : 3 doses <p>Compléter le dossier médical.</p> <p>Si <u>combinaison contre l'Hépatite A et B (Twinrix) et l'Hépatite B (Engerix B ou Recombivax HB), vaccination reçue lorsque donneur avait :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 1 et 19 ans : 1 dose HAHB et 1 dose HB - 20 ans et plus : 3 doses HAHB <p>Compléter le dossier médical.</p>	Accepter	S/O
HÉPATITE B aiguë	<u>Entourage et partenaire sexuel :</u>		
	<p>Si diagnostic du malade est < 12 mois : Interdiction de 12 mois (364 jours) à partir du diagnostic du malade.</p> <p>Si diagnostic du malade est ≥ 12 mois : Ne constitue pas un motif d'interdiction.</p>	811C	R
		Accepter	S/O

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
HÉPATITE B chronique (implique un suivi médical à vie du malade)	Si le donneur n'a pas été vacciné : <u>Entourage</u> : Interdiction de 12 mois (364 jours) après le dernier contact.	HEPC	R
	<u>Partenaire sexuel</u> : Interdiction de 12 mois (364 jours) après le dernier contact sexuel.	HEPC	R
	Si le donneur a été vacciné (sans preuve de vaccination) : <u>Entourage et partenaire sexuel</u> : L'interdire selon les codes suivants et lui demander s'il accepte de faire un prélèvement de tubes pour dépister les marqueurs d'hépatite B (analyses déclenchées par le système : 3500, 3522, 3523). - S'il accepte. - S'il n'accepte pas, interdiction de 12 mois (364 jours) après le dernier contact.	HEPS et SMET HEPC	
HÉPATITE C	<u>Entourage</u> : Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	<u>Partenaire sexuel</u> : Interdiction de 12 mois (364 jours) après le dernier contact sexuel.	HEPC	R
HÉPATITE E	<u>Entourage et partenaire sexuel</u> : Interdiction de 12 mois (364 jours) à partir du diagnostic du malade.	811C	R
HÉPATITE, autres	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
<p>HÉPATITE Dépistage du partenaire sexuel à Héma-Québec</p>	<p>Si le partenaire sexuel du donneur a reçu une lettre de notification d'Héma-Québec pour un test d'hépatite B ou C, interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux).</p> <p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué :</u></p> <p><u>Hépatite B :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'AgHBs est confirmé positif, l'admissibilité du partenaire sexuel s'établira en fonction de l'histoire de vaccination et des résultats des tests sérologiques (voir « Hépatite B aiguë »). - Si l'AgHBs est confirmé négatif, il s'agit d'un faux positif et le donneur est admissible au don. Une demande interne de renseignements médicaux en fera alors foi. - Si l'anti-HBc et l'anti-HBs sont positifs, le partenaire sexuel est considéré comme ayant fait une hépatite ancienne dont il est guéri. Le donneur est alors admissible au don de sang. - Si l'anti-HBc est positif et l'anti-HBs négatif, nous considérons cette situation comme étant une exposition à un partenaire sexuel porteur d'hépatite B chronique. <p><u>Hépatite C :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si le résultat du test de dépistage est confirmé positif, les critères déjà existants du MCSD sont appliqués. 	<p>DINT et SMET</p>	<p>R</p>

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
	- <i>Si le résultat du test de dépistage est confirmé négatif ou indéterminé, le donneur est admissible puisque ce résultat est considéré comme un faux positif.</i>		
HERBE À PUCE (sumac vénéneux)	Interdiction (date du jour) si présence de lésions au site de ponction ou si les lésions sont infectées.	LESP	R
HERNIE HIATALE	Si absence de saignement gastro-intestinal. Si présence de saignement gastro-intestinal, interdiction (date du jour) jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	Accepter HEHI	S/O D
HERPÈS SIMPLEX			
Labial	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Génital	Interdiction (date du jour) tant que les lésions ne sont pas guéries.	INFR	R
HISTOPLASMOSE	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes.	HIST	R
HORMONE DE CROISSANCE	Si administrée avant 1986, interdiction permanente à partir de la date de début de prise du médicament. Si administrée après 1986 – ne constitue pas un motif d'interdiction	0600 Accepter	R R
HTLV-I/II (virus T-lymphotrope humain)			
Malade	Interdiction permanente.	0191	R
HUNTINGTON, chorée de	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
HYPER-CHOLESTÉROLÉMIE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
HYPERTENSION	Ne constitue pas un motif d'interdiction, en autant que la tension artérielle mesurée soit conforme. Voir « Tension artérielle ».	Accepter	S/O
HYPERTHERMIE MALIGNÉ (secondaire à une anesthésie générale)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
HYPOTENSION	Ne constitue pas un motif d'interdiction, en autant que la tension artérielle mesurée soit conforme. Voir « Tension artérielle ».	Accepter	S/O

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Hémoglobine - informations au donneur si résultat hors-norme	Ajout des titres pour le FRM-00015 et FRM-00015 • FRM-00015 <i>Lettre au donneur (Hémoglobine basse)</i> • FRM-00016 <i>Letter to the donor (Hemoglobin low)</i>	Clarification : la modification de la consultation médicale est possible dès que la consultation médicale est débutée	Opportunité d'amélioration
Hémoglobine - informations au donneur si résultat hors-norme (HÉMOGLOBINE BASSE – Homme ≤ 12,9 g/dL)	Ajout d'information « 12 dons ou plus de plaquettes par aphérèse » (<i>or 12 donations or more of apheresis platelets</i>) pour les donneurs fréquents de plaquettes.	L'ajout de recommandations spécifiques aux donneurs de plaquettes est requis considérant que les donneurs fréquents et réguliers de plaquettes d'aphérèse sont exposés à un risque majoré d'état ferriprive lié à la perte en hématies (4 dons de plaquettes d'aphérèse engendrent sensiblement la même perte en hématies que celle provenant d'un don de sang total, à quelques millilitres près).	CC-PRB-02375
Hémoglobine - informations au donneur si résultat hors-norme (HÉMOGLOBINE BASSE – Femme < 12,0 g/dL)	Remplacer « Si vous avez donné du sang fréquemment (deux dons de sang total ou plus dans la dernière année) » par « Si vous avez fait 2 dons ou plus de sang total ou 8 dons ou plus de plaquettes par aphérèse dans la dernière année » (<i>If you have made two donations or more of whole blood or 8 donations or more of apheresis platelets during the past year</i>)		
Réf. : OC-08989			

Numéro du document	MAN-00083 [4]
Numéro historique	MCSD Module 10
Date en vigueur	03-10-2021
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Catherine Latour	09-09-2021
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	14-09-2021
Assurance qualité	Annie Jacques	16-09-2021

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION I

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
IMMUNO-DÉFICIENCE	Interdiction permanente.	1320	R
IMMUNOGLOBULINES ANTI-D Dons dirigés seulement	La donneuse ayant reçu de l'immunoglobuline Rh ₀ D (ex : WinRho) est interdite selon le critère « Produits sanguins, receveurs de ». Si le don est pour son nouveau-né, la décision d'accepter la donneuse revient au <i>Directeur médical ou son délégué</i> .	Saisir 812G Date de début Accepter ou saisir 812G Date de début	
IMPATIENCES	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
INFECTION, personne exposée à			
Bactérie mangeuse de chair	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Brucellose	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Cinquième maladie	Interdiction de 4 semaines (27 jours) suivant le dernier contact avec le malade.	EINA	R
Clostridium difficile	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Coqueluche	Si le donneur a déjà eu la maladie, ne constitue pas un motif d'interdiction. Sans antécédents de coqueluche, quel que soit son statut vaccinal : interdiction de 4 semaines (27 jours) suivant le dernier contact avec le malade.	Accepter ECOQ	S/O R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Mains-pieds-bouche, maladie de	Interdiction de 14 jours suivant le dernier contact avec le malade.	IN14	R
Mononucléose infectieuse (virus Epstein Barr)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Oreillons	Vaccinée ou antécédent d'oreillons : ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Non vaccinée et sans antécédent d'oreillons : interdiction de 4 semaines (27 jours) suivant le dernier contact avec le malade.	EINA	R
Poliomyélite	Ne constitue pas un motif d'interdiction si vaccinée. Sinon, interdiction de 4 semaines (27 jours) après résolution de la phase aiguë du malade.	EINA	R
Roséole	Si antécédents de roséole, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Sinon, interdiction de 4 semaines (27 jours) suivant le dernier contact avec le malade.	EINA	R
Rougeole	Vacciné ou antécédent de rougeole : ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Non vacciné et sans antécédent de rougeole : interdiction de 4 semaines (27 jours) suivant le dernier contact avec le malade.	EINA	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Rubéole	Vaccinée ou antécédent de rubéole : ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Non vaccinée et sans antécédent de rubéole : interdiction de 4 semaines (27 jours) suivant le dernier contact avec le malade.	EINA	R
SARM / SARO (Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline/oxacilline)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Scarlatine	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Varicelle	Vacciné ou antécédent de varicelle : ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Non vacciné et sans antécédent de varicelle : interdiction de 3 semaines (20 jours) suivant le dernier contact avec le malade.	EVZO	R
Variole	Si cette personne :		
	<ul style="list-style-type: none"> - ne présente aucun symptôme, ne constitue pas un motif d'interdiction. - développe des lésions cutanées localisées, interdiction de 2 mois (59 jours) après la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis. 	Accepter	S/O
		VA2M	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Zona (Herpes Zoster, réactivation de la varicelle)	- développe des complications (dissémination des lésions cutanées, encéphalite post-vaccinale, kératite vaccinale), interdiction de 14 jours après la disparition des signes et symptômes et la fin du suivi médical (période minimale d'interdiction de 2 mois (59 jours) suivant l'apparition des symptômes).	VARC	R
	Vacciné (varicelle) ou antécédent de varicelle : ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Non vacciné (varicelle) et sans antécédent de varicelle : interdiction de 3 semaines (20 jours) suivant le dernier contact avec le malade.	EVZO	R
INFECTION DE LA PEAU	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes, l'arrêt des antibiotiques et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	R
INFECTION PARASITAIRE <u>Infections acceptables</u> : Ankylostomiase Ascariadiase Cysticercose Échinococcose hydatique Oxyurase Trichocéphalose	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
<u>Infections inacceptables :</u>			
Filariose	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	2PAR	R
Schistosomiase	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	3PAR	R
Strongyloïdose	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	PARA et SMET	R
Trichinose	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	4PAR	R
INSÉMINATION ARTIFICIELLE / FÉCONDATION IN VITRO	Interdire la donneuse pour une période de 6 mois (179 jours) si le donneur de sperme est différent du conjoint.	INSE	R
INSUFFISANCE RÉNALE	Aiguë et résolue : ne constitue pas un motif d'interdiction Toute autre situation : Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. <i><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u></i> - Si interdiction suite à la DEXT.	Accepter DEXT RINP	R D D
INVESTIGATION en cours	Interdiction (date du jour).	Saisir INVE	D/R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Claudia Fugère, Coordonnatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
IMMUNO GLOBULINE ANTI_D, INSUFFISANCE RÉNALE	<p>Modification de « Note pour le Directeur médical » par « <i>Application pour le Directeur médical ou son délégué</i> ».</p> <p>Mise en italique de la note et de ce qui est en lien avec cette note.</p>	<p>Depuis janvier 2019, la collaboration dans plusieurs processus est faite, suite à des délégations des directeurs médicaux, par le « directeur-adjoint aux affaires médicales » qui a une formation d'infirmière selon la PFN-00386 <i>Méthodes de corrections et généralités documentaires.</i></p>	CC-PRB-01652
Réf. CFA : OC-06987			

Numéro du document	MAN-00084 [4]
Numéro historique	MCSD Module 11
Date en vigueur	03-06-2018
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	03-04-2018
Collectes	Michel Gagnon	29-03-2018
Salon des donneurs de plasma	Pierre-Olivier Renaud	30-03-2018
Direction médicale	Pierre Robillard	03-04-2018
Assurance qualité	Jacinthe Durand	06-04-2018
Conformité réglementaire	Helen Davidson	23-04-2018

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION J

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
JAUNISSE / ICTÈRE DE GROSSESSE	Ne constitue pas un motif d'interdiction	Accepter	S/O
JAUNISSE / ICTÈRE NÉONATAL	Ne constitue pas un motif d'interdiction	Accepter	S/O

2. RÉDACTION / RÉVISION

Christine Milot, Spécialiste à la conformité réglementaire

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Jaunisse /ictère néonatal et de grossesse	Ajout de ces critères de cette section.	Transfert d'information ; auparavant sous « Hépatite, jaunisse – grossesse ». Décision du comité des critères de sélection	SC-00120 SAMP-00201 CC-PRB-01000 Plan de travail du Comité des critères
Réf. CFA : OC-04645 / SC-00120			

Numéro du document	MAN-00085 [1]
Numéro historique	MCSD Module 12
Date en vigueur	25-05-2015
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Carolina Sarappa	02-04-2015
Collectes	Luc Lévesque	23-03-2015
Collectes	Pierre Julien	30-03-2015
Direction médicale	Pierre Robillard	24-03-2015
Assurance qualité	Richard Renaud	09-04-2015
Conformité réglementaire	Helen Davidson	09-04-2015

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES, SECTION K

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
KYSTE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

2. RÉDACTION / RÉVISION

Christine Milot, Spécialiste à la conformité réglementaire

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
	Mise à jour du gabarit.		
Réf. CFA : OC-02261			

Numéro du document	MAN-00086 [7]
Numéro historique	MCSD Module 13
Date en vigueur	03-10-2021
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents
SPE-01135	Granulocytes par aphérèse

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Catherine Latour	09-09-2021
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	14-09-2021
Assurance qualité	Annie Jacques	16-09-2021

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION L

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
LACÉRATION	Interdiction (date du jour) si la plaie est infectée ou si le donneur prend des antibiotiques.	INF1	R
LAPAROSCOPIE	Ne constitue pas un motif d'interdiction. La maladie sous-jacente ou la chirurgie pourrait être un motif d'interdiction.	Accepter	D
LARYNGITE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes.	INF1	R
LÉGIONNAIRE, maladie du	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	LEGI	R
LEISHMANIOSE (parasitose)	Interdiction permanente.	0134	R
LEPTOSPIROSE (infection bactérienne à spirochète)	Interdiction de 12 mois (364 jours) après la disparition des signes et symptômes.	LEPT	R
LÉSION AU SITE DE PONCTION	Bras non sains pour le prélèvement (eczéma, urticaire, etc.), interdiction (date du jour).	LESP	R
	Trace d'injection de drogues, interdiction permanente.	BRAS	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R								
<p>LIMITES DE VOLUME</p> <p>Prélèvements sur PCS2 seulement</p>	<p>Volume prélevé :</p> <p>Un nouveau donneur,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13% du VSTE, les <u>2 premiers dons</u>. - Ensuite max de 16% du VSTE, <u>au moins pour 1 don</u>. - Ensuite max de 18% du VSTE, pour les dons subséquents. <p>eProgesa calcule le volume à prélever en tenant compte de la progression, du poids, de la taille et du sexe du donneur lorsque le questionnaire technique groupe 1 est complété.</p> <p><u>Note</u> : Si le volume cible n'a pas été atteint (exemple : procédure interrompue par réaction vasovagale, problème de veine, ou raison autre) le % de VSTE à considérer pour le prochain don est le % inférieur (rétrogradation), sauf si le donneur a atteint le maximum de 18% avec succès. Dans ce cas, poursuivre avec 18%.</p>		<p>D</p> <p>Accepter ou Saisir LVOL</p> <p>Date de fin</p>								
<p>Prélèvements de plasma et plaquettes sur Trima seulement</p>	<p>Limite maximale de volume</p> <p>Volume maximal prélevé, excluant l'anticoagulant, au cours d'une période de 6 mois (182 jours) :</p> <table border="1" data-bbox="422 1058 931 1252"> <thead> <tr> <th>Poids du donneur</th> <th>Volume maximal accumulé*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 à 67 kg</td> <td>11,5 L</td> </tr> <tr> <td>68 à 79 kg</td> <td>15,5 L</td> </tr> <tr> <td>80 kg et plus</td> <td>18,5 L</td> </tr> </tbody> </table> <p>Si le volume maximal accumulé dépasse les critères ci-haut mentionnés, interdire le donneur jusqu'à ce que la période de 6 mois soit atteinte.</p> <p>* Ce volume inclut le plasma prélevé lors d'un don de plasma et de plaquettes.</p>	Poids du donneur	Volume maximal accumulé*	50 à 67 kg	11,5 L	68 à 79 kg	15,5 L	80 kg et plus	18,5 L		
Poids du donneur	Volume maximal accumulé*										
50 à 67 kg	11,5 L										
68 à 79 kg	15,5 L										
80 kg et plus	18,5 L										

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
LUPUS			
Lupus discoïde isolé	Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. <i>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</i> - Si interdiction suite à la DEXT.	DEXT 1030	R
Lupus érythémateux disséminé	Interdiction permanente.	1030	D / R
LYME, maladie de Malade	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des antibiotiques.	LYME et SMET	R
LYMPHO-GRANULOME VÉNÉRIEN	Interdiction de 12 mois (364 jours) après la disparition des signes et symptômes.	ITS6	R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Claudia Fugère, Coordinatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
LUPUS	Modification de « Note pour le Directeur médical » par « <i>Application pour le Directeur médical ou son délégué</i> ». Mise en italique de la note et de ce qui est en lien avec cette note.	Depuis janvier 2019, la collaboration dans plusieurs processus est faite, suite à des délégations des directeurs médicaux, par le « directeur-adjoint aux affaires médicales » qui a une formation d'infirmière selon la PFN-00386 <i>Méthodes de corrections et généralités documentaires</i> .	CC-PRB-01652

Réf. CFA : OC-06987

Numéro du document	MAN-00087 [10]
Numéro historique	MCS D Module 14
Date en vigueur	03-03-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	26-01-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	05-02-2024
Direction médicale	Christian Renaud	25-01-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	29-01-2024
Assurance qualité	Jacinthe Durand	09-02-2024
Conformité réglementaire	Helen Davidson	09-02-2024

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
MÉDICAMENTS UTILISÉS EN PROPHYLAXIE PRÉ/POST EXPOSITION AU VIH (« PrEP » / PPE) : « PrEP » / PPE pris par la bouche « PrEP » injectable	Interdiction de 4 mois (119 jours) suivant l'arrêt des médicaments.	PREP	R
	Interdiction de 2 ans (729 jours) après la dernière injection.	PR2A	R
MÉNIÈRE, MALADIE DE	Interdiction (date du jour) si symptomatique.	MMEN	D
MÉNINGITE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	R
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE (Virus Epstein-Barr) Malade	Interdiction de 6 mois (179 jours) après la disparition des signes et symptômes.	MONO	R
MORSURE PAR UN ANIMAL	Si donneur vacciné contre la rage, voir Liste des vaccins.		
	Si donneur non vacciné contre la rage : Accepter.	Accepter	S/O
MPOC (Maladie pulmonaire obstructive chronique)	Interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux).	DINT	D
	- Si accepté par le Directeur médical ou son délégué et si la condition de la MPOC ne s'est pas détériorée.	Accepter	S/O

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS SECTION M

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
	<p>- <u>Si accepté par le Directeur médical ou son délégué et si la condition de la MPOC s'est détériorée</u>, interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux).</p> <p><i>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</i></p> <p><i>Si interdiction suite à la DINT.</i></p>	DINT	D
		0410	D
MUGUET (<i>Candida albicans</i>)	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes.	PAR0	R
MYASTHÉNIE GRAVE	Interdiction permanente.	0570	D / R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Malaria	Le texte dans la zone de texte « Prélèvement sur PCS2 : S/O » a été modifié pour « Plasma de fractionnement : S/O »	Harmonisation avec les autres MAN du MCSD.	Demande de la Direction des services infirmiers
Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH (« PrEP »/ PPE)	Ajout du critère « PrEP »/ PPE injectable	Afin de répondre à la recommandation de l' <i>Association for the Advancement of Blood and Biotherapies</i> (AABB) dans le bulletin #22-03 datant du 08 septembre 2022, Héma-Québec implante une nouvelle question médicale aux questionnaires médicaux afin d'être en mesure d'interdire les donneurs qui ont reçu une prophylaxie pré-exposition au VIH (PPe ou PrEP en anglais) à base de cabotégavir sous forme injectable pour une période de 2 ans après la dernière injection. L'application du critère existant, <i>Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH (« PrEP »/ PPE)</i> est modifiée afin de distinguer la prise orale et l'injection.	CC-PRB-02265
Réf. CFA : OC-08693 / SC-00162			

Numéro du document	MAN-00088 [1]
Numéro historique	MCSD Module 15
Date en vigueur	25-05-2015
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Carolina Sarappa	02-04-2015
Collectes	Luc Lévesque	23-03-2015
Collectes	Pierre Julien	30-03-2015
Direction médicale	Pierre Robillard	24-03-2015
Assurance qualité	Richard Renaud	09-04-2015
Conformité réglementaire	Helen Davidson	09-04-2015

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION N

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
NEURONITE VESTIBULAIRE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

2. RÉDACTION / RÉVISION

Pierre Robillard, Directeur médical
 Christine Milot, Spécialiste à la conformité réglementaire
 Maryse Leclerc, Analyse d'affaires QN – ePROGESA

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Neuronite vestibulaire	Retrait de la note.	Les antiverdigineux sont des médicaments acceptables, donc gérés via la liste des médicaments.	
Réf. CFA : OC-02261 / SC-00020			

Numéro du document	MAN-00089 [3]
Numéro historique	MCSD Module 16
Date en vigueur	03-12-2017
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Michel Gagnon	06-10-2017
Collectes	Pierre Julien	06-10-2017
Salon des donneurs de plasma	Pierre-Olivier Renaud	08-10-2017
Direction médicale	Pierre Robillard	08-10-2017
Assurance qualité	Jacinthe Durand	10-10-2017

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION O

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
OREILLONS Maladie	Interdiction de 3 semaines (20 jours) après la disparition des signes et symptômes.	OREI	R
ORGELET	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
OSTÉOMYÉLITE Aiguë	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	OST0 et SMET	R
Chronique (persistance des signes et symptômes)	Interdiction permanente.	1040 et SMET	R
OSTÉOPOROSE	Sang total Dons par aphérèse : - Avec antécédent de fractures pathologiques (non reliées à un traumatisme) : interdiction permanente - Sans antécédent de fractures pathologiques (non reliées à un traumatisme) et traité avec calcium ou vitamine D : ne constitue pas un motif d'interdiction - Sans antécédent de fractures pathologiques (non reliées à un traumatisme) et traité avec des médicaments autres que calcium ou vitamine D : interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.	Accepter APID Accepter DEXT	S/O D S/O D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
OTITE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

2. RÉDACTION / RÉVISION

Isabelle Leclaire, Coordonnatrice des projets et de la conformité

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Ostéoporose	Ajout du critère au MCSD. Création du code d'interdiction APID	Toutes les procédures d'aphérèse nécessitent l'administration de citrate. Or, le citrate est un chélateur du calcium et les personnes souffrant d'ostéoporose sévère ne doivent pas y être exposées. C'est pourquoi nous élargissons ce critère d'interdiction à tous les donneurs d'aphérèse et non plus seulement aux donneurs de plasma par aphérèse.	CC-PRB-00930 SAMP-00185
Réf. CFA : OC-04349 / non soumis			

Numéro du document	MAN-00090 [20]
Numéro historique	MCS D Module 17
Date en vigueur	03-03-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents
SPE-01135	Granulocytes par aphérèse

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Catherine Latour	17-01-2024
Collectes	Caroline De Blois	16-01-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	16-01-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	29-01-2024
Assurance qualité	Isabelle Morin	09-02-2024

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION P

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
PANCRÉATITE	Si secondaire à des calculs biliaires, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Sinon, interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.	DEXT	R
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u> - Si interdiction par le Directeur médical ou son délégué.	1200	R
PARALYSIE CÉRÉBRALE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	D
PARALYSIE DE BELL	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
PARKINSON	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
PERÇAGE D'UNE PARTIE DU CORPS (PIERCING)	Interdiction de 3 mois (89 jours).	TAPE	R
PERTE DE CONNAISSANCE	Si la perte de connaissance n'est pas secondaire à une maladie : ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Si la perte de connaissance est secondaire à une maladie acceptable (selon MCSD) : ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Si non, interdire et remplir une demande externe.	DEXT	S/O
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT.	REMD	

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
<p>PERTES D'HÉMATIES</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Prélèvements sur TRIMA et SPECTRA seulement</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Plasma de fractionnement seulement</p> </div>	<p>S'assurer que le cumul de la perte d'hématies n'excède pas 200 ml. Effectuer la vérification à partir de VISTA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Reports » sélectionner l'onglet « Process Control Report » - Choisir le rapport « Donor History » <p>Si > 200 ml au cours des 56 derniers jours, interdiction de 55 jours.</p> <p>Si le volume maximal accumulé pour le prochain don dépasse le critère ci-haut mentionné, interdire le donneur jusqu'à ce que la période de 56 jours soit atteinte.</p> <p><u>Si 0 ml de plasma collecté au 1^{er} cycle seulement :</u></p> <p>Vérifier le volume pro. inscrit sur le tableau d'affichage en fin de procédure de la PCS2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de sang total ≤ 10 ml (écran PCS2 volume pro): - Perte de sang total >10 ml (écran PCS2 volume pro): <p><u>Si du plasma a été collecté (1 ml et plus) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si perte de sang/hématies dans la tubulure jusqu'au bol, mais le bol est vide. - Si le contenu du bol n'est pas retourné 	<p>Via ANP, saisir « b) 55 jours » (808L)</p> <p>APPH</p> <p>Aucune interdiction (appliquer le délai interdon)</p> <p>Via ANP, saisir « b) 55 jours » (808L)</p> <p>Via ANP, saisir « b) 55 jours » (808L)</p> <p>Via ANP, saisir « c) 111 jours » (808M)</p>	

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
PHÉNYLCÉTONURIE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
PHLÉBITE			
Épisode isolé	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à l'arrêt des anticoagulants.	PHLE	D
Épisode répété	Interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux) <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u> - Si interdiction suite à la DINT.	DINT 1520	D
PIAN	Interdiction permanente.	0136	R
PIED D'ATHLÈTE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
PIQÛRE D'ABEILLE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
PIQÛRE DE TIQUE	Interdiction de 30 jours à partir de la date de la piqûre de tiques. <u>Note pour le CDD :</u> - Vérifier s'il y a des dons dans la période à risque	PTIQ	R
Ne s'applique pas au plasma de fractionnement			
PITYRIASIS ROSÉ (de Gilbert)	Interdiction de 3 mois (89 jours) après la disparition des signes et symptômes.	PITY	R
PLEURÉSIE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	POU0	D / R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

SECTION P

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
PLOMBÉMIE	Interdiction si le taux est supérieur à 0,40 mg/L (1.93 µ mol/L).	METO	R
PNEUMONIE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la fin du traitement aux antibiotiques.	INF1	R
PNEUMOTHORAX	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	POU0	D
POIDS	<p>Un régime amaigrissant ne constitue pas un motif d'interdiction.</p> <p>Interdiction (date du jour) si < 50 kg (110 lbs).</p> <p>Perte de poids inexplicée de plus de 4.5 kg (10 lbs) en moins de 2 mois, interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux)</p> <p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u></p> <p>- Si interdiction suite à la DINT</p>	<p>Accepter</p> <p>POID</p> <p>DINT</p> <p>REMD</p>	<p>S/O</p> <p>D</p> <p>D / R</p>
POLIOMYÉLITE			
Malade	<p>Interdiction (date du jour) durant la phase aiguë.</p> <p>Après le rétablissement de la phase aiguë, accepter le donneur, qu'il présente ou non des séquelles.</p>	<p>INF1</p> <p>Accepter</p>	<p>R</p> <p>S/O</p>
POLYCYTHÉMIE			
Maladie de Vaquez (ou polycythémie vraie)	Interdiction permanente.	0710	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

SECTION P

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Autres causes de polycythémie	Interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux). <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u> - Si interdiction suite à la DINT.	DINT 0710, CAHE ou REMD	D
POLYGLOBULIE	Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT	DEXT 0710	R R
PORPHYRIE	Interdiction.	0700	R
POUX	Interdiction de 7 jours après la fin du traitement.	IN07	S/O
PREDNISONE, contre-indications à la stimulation par la <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Granulocytes par aphérèse seulement </div>	Si le donneur présente l'une ou l'autre des conditions suivantes : - Hypersensibilité à la prednisone - Hypertension - Diabète - Ulcère gastro-duodéal symptomatique ou sous traitement - Glaucome - Problème cardiaque depuis le dernier don	Le donneur ne peut être stimulé	D
PRISON	Interdiction de 12 mois (364 jours) après la date de libération si incarcéré pendant plus de 48 heures consécutives.	PRIS	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

SECTION P

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
PROCTITE	Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.	DEXT	D / R
	<u>Application pour le Directeur médical son délégué / CDD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT	COLU	
PRODUITS SANGUINS, receveur de	Interdiction de 6 mois (179 jours) si le donneur a reçu : - Sang total, globules rouges, plaquettes, plasma ou granulocytes - Albumine - Gammaglobulines - Immunoglobulines : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Anti-D (WinRho, Rhogam) ◦ Cytomégalovirus (CMV) ◦ Rage ◦ Tétanos ◦ Varicelle, zona ◦ Toute autre mesure prophylactique non spécifique - Facteurs de coagulation d'origine humaine (plasmatique)	812G	R
	Si le donneur a reçu des facteurs de coagulation de type « recombinant » : ne constitue pas un motif d'interdiction	Accepter	S/O
	Interdiction de 12 mois (364 jours) si le donneur a reçu des Immunoglobulines Hépatite B	HBIG	R
PROSTATE, hypertrophie bénigne (HBP)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
PROSTATITE Aiguë Chronique <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Ne s'applique pas au plasma de fractionnement </div> Si le donneur ne sait pas si aiguë ou chronique	<p>Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des antibiotiques</p> <p>Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.</p> <p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / CDD :</u></p> <p>- Si interdiction suite à la DEXT</p> <p>Considérer la prostatite comme étant chronique.</p>	<p>PROS</p> <p>DEXT</p> <p>PROC</p>	<p>R</p> <p>D / R</p> <p>R</p>
PROSTITUTION	<p>Donneur ayant accepté, au cours des 12 derniers mois, de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle : interdiction de 12 mois (364 jours)</p>	1702	R
PROTÉINES SÉRIQUES, analyse des (APS) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Don par aphérèse incluant plasma </div> Résultats - Analyses Protéines sériques (APS-IgG)	<p>Les analyses des protéines totales et des immunoglobulines IgG sont ajoutées au dossier du donneur lors du premier don incluant un plasma et par la suite à tous les 8 dons qui incluent un plasma.</p> <p>- Si les analyses n'ont pas été effectuées : interdiction permanente</p> <p>0 à 4,8 g/L : interdiction de 59 jours</p> <p>Note : une surveillance est automatiquement générée par ePROGESA (S012) lors de la première occurrence d'un résultat entre 0 et 4,8 g/L.</p> <p>4,9 à 29,9 g/L :</p> <p>≥ 30,0 g/L : interdiction permanente</p>	<p>PTNE</p> <p>PL2M</p> <p>Accepter</p> <p>PLHY DEXT</p>	D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Résultats - Protéines totales	0 à 59,9 g/L : interdiction de 59 jours Note : une surveillance est automatiquement générée par ePROGESA (S013) lors de la première occurrence d'un résultat sous le seuil. ≥ 60 g/L:	PT2M Accepter	
PSITTACOSE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes.	PAR0	R
PYÉLONÉPHRITE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des médicaments.	RIN0	R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordinatrice des projets et de la conformité

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
PERTES D'HÉMATIES (Plasma de fractionnement seulement)	Remplacer « <i>Aucune interdiction ne s'applique (délai interdon)</i> » par « <i>Aucune interdiction (appliquer le délai interdon)</i> »	Clarification.	S/O
PROTÉINES SÉRIQUES, analyse des (APS)	Changement de seuil minimum de référence pour les immunoglobulines G (IgG) de 5,4 g/L à 4,9 g/L.	À la suite d'un addendum à l'étude de recherche AMI-2225, le seuil minimum de référence pour les immunoglobulines G (IgG) a été évalué à 4,9 g/L.	CC-PRB-02330
Réf. CFA : OC-08760			

Numéro du document	MAN-00091 [1]
Numéro historique	MCSD Module 18
Date en vigueur	25-05-2015
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Carolina Sarappa	02-04-2015
Collectes	Luc Lévesque	23-03-2015
Collectes	Pierre Julien	30-03-2015
Direction médicale	Pierre Robillard	24-03-2015
Assurance qualité	Richard Renaud	09-04-2015
Conformité réglementaire	Helen Davidson	15-04-2015

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION Q

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
S/O	S/O	S/O	S/O

2. RÉDACTION / RÉVISION

Christine Milot, Spécialiste à la conformité réglementaire

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
S/O	Mis dans le bon gabarit	S/O	
Réf. CFA : OC-02261 / SC-00020			

Numéro du document	MAN-00092 [9]
Numéro historique	MCS D Module 19
Date en vigueur	04-12-2022
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	18-10-2022
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	17-10-2022
Direction médicale	Christian Renaud	21-10-2022
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	20-10-2022
Assurance qualité	Aleyda Maria Jimenez	07-11-2022

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
RAYNAUD, MALADIE DE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
RECTITE	Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. <i>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</i> - Si interdiction suite à la DEXT.	DEXT COLU	D / R
REINS POLYKYSTIQUES	Absence d'insuffisance rénale. Si insuffisance rénale, se référer à « Insuffisance rénale ».	Accepter	S/O
RELATION SEXUELLE Femme avec femme	Femme ayant eu une relation sexuelle avec une femme : ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

SECTION R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Avec un nouveau partenaire sexuel	<p>Donneur ayant eu, au cours des 3 derniers mois, une relation sexuelle avec un nouveau partenaire¹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sans relation sexuelle anale : ne constitue pas un motif d'interdiction. - Avec relation sexuelle anale : interdiction de 3 mois (89 jours) après la dernière relation sexuelle anale avec le nouveau partenaire. <p>¹. Définition du « nouveau partenaire » : Personne avec qui le donneur/la donneuse n'a jamais eu de relation sexuelle auparavant, ou une personne avec qui le donneur/la donneuse a déjà eu une relation sexuelle dans le passé et avec qui le donneur/la donneuse a eu une relation sexuelle à nouveau.</p>	<p>Accepter</p> <p>RSAR</p>	<p>S/O</p> <p>R</p>
Avec plus d'un partenaire sexuel	<p>Donneur ayant eu, au cours des 3 derniers mois, une relation sexuelle avec plus d'un partenaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sans relation sexuelle anale : ne constitue pas un motif d'interdiction. - Avec relation sexuelle anale : interdiction de 3 mois (89 jours) après la dernière relation sexuelle anale avec un de ces partenaires. 	<p>Accepter</p> <p>RSAR</p>	<p>S/O</p> <p>R</p>
Avec personne infectée par le HTLV-I/II	<p>Interdiction de 12 mois (364 jours) après la dernière relation sexuelle.</p>	SITS	R
Avec personne infectée par la syphilis	<p>Interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux).</p> <p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Si interdiction suite à la DINT.</i> 	<p>DINT</p> <p>REMD</p>	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

SECTION R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Avec personne infectée par le VIH	Donneur ayant eu, au cours des 12 derniers mois, une relation sexuelle avec une personne qui a le SIDA ou qui a obtenu un résultat positif au VIH : interdiction de 12 mois (364 jours) après la dernière relation sexuelle.	1705	R
Avec prostitué	Donneur ayant eu, au cours des 12 derniers mois, une relation sexuelle avec une personne qui a reçu de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle : interdiction de 12 mois (364 jours) après la dernière relation sexuelle.	812E	R
Avec utilisateur de drogues injectables (UDI)	Donneur ayant eu, au cours des 12 derniers mois, une relation sexuelle avec une personne qui s'est déjà injectée des drogues : interdiction de 12 mois (364 jours) après la dernière relation sexuelle.	812C	R
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	D
RHUME	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
ROUGEOLE Malade	Interdiction de 3 semaines (20 jours) après la disparition des signes et symptômes.	IRRO	R
RUBÉOLE Malade	Interdiction de 3 semaines (20 jours) après la disparition des signes et symptômes.	IRRO	R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordinatrice qualité, Conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
RELATION SEXUELLE Avec un nouveau partenaire sexuel	Retrait d'une zone de texte « Plasma de fractionnement seulement »	Les questions 49 et 52 au questionnaire médical PSL en lien avec les facteurs de risque « Homme ayant une relation sexuelle avec un homme » ou HARSAH sont retirées et remplacées par des questions non-genrées qui visent à évaluer les comportements à risque associés à des pratiques sexuelles des donneurs d'une manière inclusive. Les questions non genrées sont applicable sur tous les types de dons.	CC-PRB-02079
RELATION SEXUELLE Avec plus d'un partenaire sexuel	Retrait d'une zone de texte « Plasma de fractionnement seulement »		
RELATION SEXUELLE Homme avec homme (HARSAH) Femme avec homme (HARSAH)	Retrait du critère HARSAH		
Réf. OC-07821 / SC-00140 / SC-00147			

Numéro du document	MAN-00093 [8]
Numéro historique	MCS D Module 20
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	22-04-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	25-04-2024
Direction médicale	Christian Renaud	19-04-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	06-05-2024
Assurance qualité	Jacinthe Durand	07-05-2024

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION S

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
SALMONELLOSE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes.	SALM	R
SALPINGITE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	R
SARCOÏDOSE	- Si résolue : ne constitue pas un motif d'interdiction	Accepter	S/O
	- Si non résolue : interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.	DEXT	D
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT.	SARC	
SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline/oxacilline)			
	Malade	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des antibiotiques.	INF1
Porteur	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
SCARLATINE			
Malade	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et la fin du traitement aux antibiotiques.	SCAR	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
SCINTIGRAPHIE (imagerie par isotopes radioactifs)	Investigation :		
	- Technétium : interdiction de 7 jours.	RX07	R
	- Iode : Interdiction d'un mois (30 jours).	RX30	R
	- Isotope inconnu du donneur si examen de la thyroïde : interdiction d'un mois (30 jours).	RX30	R
	- Tout autre isotope radioactif : interdiction de 6 mois (179 jours).	RX6M	R
SCLÉRODERMIE	Interdiction permanente.	SCLE	R
SCLÉROSE EN PLAQUES	Interdiction permanente.	0550	R
SCLÉROTHÉRAPIE	Interdiction de 24 heures après l'injection.	RX01	R
SEPTICÉMIE	- Si résolu : ne constitue pas un motif d'interdiction. Note : La septicémie est considérée résolue après la disparition des signes et symptômes, l'arrêt des médicaments et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	Accepter	S/O
	- Si non résolu : Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes, l'arrêt des médicaments et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	INF1	R
SINGE (virus spumeux simien)	Si, dans le cadre de son emploi actuel ou d'un ancien emploi, le sujet a déjà soigné ou manipulé	0140	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
	régulièrement des singes (morts ou vivants) ou été en contact avec leurs liquides corporels. <u>Note</u> : Seul le personnel de jardins zoologiques ou de laboratoire manipulant des singes est concerné par ce critère Voir tableau en fin de section pour des exemples de sources d'exposition aux singes versus l'admissibilité du donneur.		
SINUSITE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la fin du traitement aux antibiotiques.	INF1	R
SONDE VÉSICALE	Interdiction permanente.	SOND	R
SPHÉROCYTOSE	Interdiction permanente.	SPHR	D / R
SPINA BIFIDA	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
SPONDYLITE ANKYLOSANTE	Interdiction de 6 mois (179 jours) après une phase aiguë.	SPAK	R
STÉATOSE HÉPATIQUE (foie gras)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
STÉROÏDES ANABOLISANTS (SPORTS) utilisés en injection	Interdiction de 12 mois (364 jours) après la dernière injection.	811F	R
SYNDROME NÉPHROTIQUE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	RIN0	D
	Si dysfonction rénale permanente, interdiction (permanente)	RINP	D

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

SECTION S

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
SYPHILIS Malade	<u>PSL</u> : Interdiction.	SYPH	R
	Plasma de fractionnement : Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes, l'arrêt des antibiotiques et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	SYPO	R

EN VIGUEUR

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Septicémie	Ajout du critère « Septicémie »	La très grande majorité du temps, le donneur rapporte un épisode de septicémie résolu, traité et dont le suivi médical est terminé. Il arrive que des donneurs soient refusés en collecte, en raison d'une situation divulguée au QM qui s'est compliquée d'une septicémie. En fonction de la situation rapportée par le donneur, le personnel de collecte doit soit faire un appel de garde (puisque septicémie ne figure pas aux critères actuels), soit compléter une DINT (en fonction de la condition sous-jacente rapportée). L'ajout du critère permettra de diminuer les demandes d'approbations médicales et les interdictions liées à cette situation.	CC-PRB-02375
Réf. CFA : OC-08989			

EXEMPLES DE SOURCES D'EXPOSITION AUX SINGES

Source de l'exposition aux singes	Accepter/ Interdire	Justification
Propriétaire d'un singe comme animal domestique	Accepter	Le contact n'est pas dans la cadre d'un emploi
Contact avec un singe lors d'un voyage	Accepter	Le contact n'est pas dans la cadre d'un emploi
Vétérinaire qui soigne des animaux domestiques pouvant inclure occasionnellement des singes	Accepter	Exposition non régulière
Jardinier qui entretient périodiquement les arbres et arbustes d'un zoo abritant de singes	Accepter	Exposition non régulière
Technicien de laboratoire qui travaille sur des lignées cellulaires dérivées de singes	Accepter	Non exposé aux fluides corporels des singes
Personne qui nettoie les cages, enclos ou terrains abritant des singes dans un centre de recherche, un laboratoire ou un zoo	Interdire	Exposition régulière
Vétérinaire qui soigne des singes dans un centre de recherche, un laboratoire ou un zoo	Interdire	Exposition régulière
Personne qui manipule des singes utilisés en recherche	Interdire	Exposition régulière
Technicien de laboratoire qui effectue des analyses à partir d'échantillons prélevés chez des singes dans un centre de recherche, un laboratoire ou un zoo	Interdire	Exposition régulière aux fluides corporels des singes

Numéro du document	MAN-00094 [12]
Numéro historique	MCS D Module 21
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	30-04-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	06-05-2024
Direction médicale	Christian Renaud	30-04-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	06-05-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	09-05-2024

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION T

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
TATOUAGES	Interdiction de 3 mois (89 jours).	TAPE	R
TEMPÉRATURE	35,8 à 37,5°C. Si 35,0 à 35,7 ou 37,6 à 42,0°C, interdiction de 6 jours ou effectuer une reprise dans un délai minimum de 5 minutes. Si toujours hors norme suite à la reprise, interdiction de 6 jours.	Accepter 800D ou effectuer une reprise 800D	R R R
THALASSÉMIE			
Mineure (trait)	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
Majeure	Interdiction permanente.	THAL	D / R
THROMBOCYTOPÉNIE (THROMBOPÉNIE)			
Purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI) / immun			S/O
PTI traité avec succès et sans rechute	<ul style="list-style-type: none"> - Par médication : ne constitue pas un motif d'interdiction - Par splénectomie : <ul style="list-style-type: none"> • Plaquettes par aphérèse : interdiction • Autres types de don : ne constitue pas un motif d'interdiction 	Accepter RATE Accepter	

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Non traité avec succès	Interdire et compléter une demande externe de renseignements médicaux <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT.	DEXT 0750	 D / R
PTI chronique	Interdiction	0750	D / R
Purpura, autre	Interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux) <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u> - Si interdiction suite à la DINT.	DINT 0750	
Autres causes de thrombocytopénie	Interdire et compléter une demande externe de renseignements médicaux. <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT.	DEXT 0750	D / R D / R
THYROÏDE, troubles de la			
Hyperthyroïdie/ Maladie de Graves- Basedow	Traitement à l'iode radioactif < 3 mois : Interdiction de 3 mois (89 jours) après le traitement. Traitement à l'iode radioactif ≥ 3 mois : - Si la maladie est contrôlée - Si la maladie n'est pas contrôlée : interdiction	THYR Accepter THY0	D D
Hypothyroïdie/Maladie de Hashimoto	Interdiction si la maladie n'est pas contrôlée	THY0	D

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Goitre	Se référer à Hyperthyroïdie ou Hypothyroïdie. Si euthyroïdien (fonction thyroïdienne normale avec ou sans médication), accepter.	Accepter	S/O
TOXOPLASMOSE	Interdiction de 2 ans (729 jours) après la disparition des signes et symptômes.	TOXO	R
TRACHÉITE	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes et la fin du traitement aux antibiotiques.	INF1	R
TRANS, NON BINAIRE OU EN PROCESSUS DE TRANSITION	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
TRAUMATISME CRÂNIEN	<p>Traumatisme survenu \leq 12 mois : interdiction de 12 mois (364 jours) à partir de la date du traumatisme</p> <p>Traumatisme survenu >12 mois <u>sans</u> séquelle neurologique permanente</p> <p>Traumatisme survenu >12 mois <u>avec</u> séquelle neurologique permanente : interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux</p> <p><u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u></p> <p>- Si interdiction suite à la DEXT.</p>	<p>TRAU</p> <p>Accepter</p> <p>DEXT</p> <p>0510</p>	<p>D</p> <p>D</p>
TREMBLEMENTS ESSENTIELS	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
TROUBLES DE LA COAGULATION			
Hémophilie	Malade : Interdiction permanente.	0720	D / R
	Porteur du gène : Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
von Willebrand, maladie de			
Type I	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	D / R
Type II ou inconnu	Interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux).	DINT	D / R
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u>		
	- Si interdiction suite à la DINT.	0720	
Type III	Interdiction permanente	0720	D / R
Mutation du Facteur V Leiden;	Si le donneur n'a jamais eu d'épisode thrombotique.	Accepter	S/O
Mutation du gène MTHFR			
Mutation du gène de la prothrombine (Facteur II);	Si le donneur a déjà eu un épisode thrombotique, interdiction de 12 mois (364 jours) après le dernier épisode thrombotique.	TCOA	D
Déficit en protéine S ou C;			
Déficit en antithrombine			

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Autres troubles de la coagulation	Trouble résolu : Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Porteur du gène : Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
	Malade : Interdire et saisir les informations dans les Commentaires du dossier médical (Demande interne de renseignements médicaux).	DINT	D / R
	<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u> - Si interdiction suite à la DINT.	0720	
TUBERCULOSE Malade Personne exposée* sans égard au test de Mantoux * Vit sous le même toit ou partage régulièrement le même espace physique que le malade.	Interdiction de 3 mois (89 jours) après l'arrêt des médicaments et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	TBMA	R
	<u>Note :</u> Le test de Mantoux demeure positif (ou significatif) à vie et n'est pas un motif d'interdiction en soi.		
	Donneur exposé depuis plus de 2 ans.	Accepter	S/O
	Donneur exposé dans les 2 dernières années : - Avec investigation : donneur qui n'a plus de suivi médical et qui ne prend plus ou qui n'a pas eu à prendre de médicaments, accepter.	Accepter	S/O
	Sinon, interdiction (date du jour).	INFO	R
- Sans investigation, interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux.	DEXT	R	
<u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT.	REMD		

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
Personne non exposée avec test de Mantoux (PPD – intradermo-réaction à la tuberculine)	<p><u>Note</u> : Les travailleurs de la santé qui sont exposés à des personnes infectées mais qui appliquent les mesures de protection appropriées sont acceptés.</p> <p>Résultat négatif (ou non significatif) : Ne constitue pas un motif d'interdiction.</p> <p>Résultat positif (ou significatif):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si prescription de médicaments, interdiction (date du jour) jusqu'à l'arrêt de ceux-ci et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis. - Si absence de prescription, accepter. 	<p>Accepter</p> <p>TPPD</p> <p>Accepter</p>	<p>S/O</p> <p>R</p> <p>S/O</p>
	TUMEUR BÉNIGNE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITERE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Tension artérielle	Retrait du critère	L'étude AMI-2140 a démontrée qu'il n'y a aucune association observée entre une valeur de tensions artérielle hors norme et un risque de réaction vasovagale ou complication cardiovasculaire majeure. En conséquence, la prise de la tension artérielle est retirée.	CC-PRB-02044
Réf. CFA : OC-08968			

Numéro du document	MAN-00095 [1]
Numéro historique	MCSD Module 22
Date en vigueur	25-05-2015
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Carolina Sarappa	02-04-2015
Collectes	Luc Lévesque	23-03-2015
Collectes	Pierre Julien	30-03-2015
Direction médicale	Pierre Robillard	24-03-2015
Assurance qualité	Richard Renaud	09-04-2015
Conformité réglementaire	Helen Davidson	15-04-2015

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION U

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
ULCÈRE BUCCAL	Ne constitue pas un motif d'interdiction	Accepter	S/O
ULCÈRE GASTRIQUE / DUODÉNAL Agents causals : anti-inflammatoires, bactérie <i>Helicobacter pylori</i>	Interdiction (date du jour) jusqu'à la disparition des signes et symptômes (autres que des saignements).	ULC0	D
	Interdiction de 6 mois (179 jours) si le donneur a eu des saignements.	ULC6	D
URÉTRITE	Interdiction de 7 jours après l'arrêt des antibiotiques.	IN07	R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Pierre Robillard, Directeur médical
 Christine Milot, Spécialiste à la conformité réglementaire
 Maryse Leclerc, Analyste d'affaires QN – ePROGESA

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Général	Modification des codes d'interdiction.	Les codes sont dorénavant spécifiques à chacun des critères.	CC-PRB-00020 ePROGESA
Ulcère gastrique /duodéal	Retrait de la note concernant la prise d'antibiotiques.	Précision non nécessaire. Ces antibiotiques seront captés via la liste des médicaments inacceptables.	
Réf. CFA : OC-02261 / SC-00020			

Numéro du document	MAN-00096 [24]
Numéro historique	MCS D Module 23
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents
PFN-00925	Gestion des critères de sélection des donneurs

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	11-04-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	12-04-2024
Direction médicale	Christian Renaud	15-04-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	06-05-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	09-05-2024

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION V

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
VACCINS	Voir tableau en fin de section pour la liste des vaccins inacceptables.		R
	Si le vaccin est inconnu du donneur, interdiction (date du jour).	INFO	R
	Si le donneur participe à un essai clinique concernant un nouveau vaccin, interdiction de 6 mois (179 jours) après la dernière administration.	ESCL	R
	Si le vaccin est inclus dans la liste, interdiction selon les codes et délais mentionnés dans cette liste.	Interdire	R
	Si le vaccin n'est pas inclus dans la liste, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
VAGINITE	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
VARICELLE Malade	Interdiction de 3 semaines (20 jours) après la guérison des lésions cutanées (séchées ou disparues).	VZOS	R
VARIOLE DU SINGE	Infection (maladie) : Interdiction de 41 jours après le début des signes et symptômes.	REMD	R
	Contact (personne exposée) : Si le donneur a été en contact au cours des 6 dernières semaines avec une personne infectée à la variole du singe, interdiction de 41 jours après le dernier contact. <ul style="list-style-type: none"> - Saisir la date du premier contact durant cette période comme la date de début de l'interdiction. - Saisir la date du dernier contact durant cette période + 41 jours comme la date de fin de l'interdiction. 	REMD	R

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
	Définition « Contact » : Contact avec la peau ou les sécrétions biologiques (ex. relation sexuelle), avec un objet contaminé (ex. vêtement) ou interaction face à face, sans masque, pendant plus de 3 heures (ex. habiter sous le même toit).		
VASCULITE	Interdire et remplir une demande externe de renseignements médicaux. <u>Application pour le Directeur médical ou son délégué / SCD :</u> - Si interdiction suite à la DEXT.	DEXT VASC	R
VERRUES	Ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter	S/O
VIH, infection	Si le résultat est positif : interdiction à partir de la date du test positif.	1701	R
VIRUS DU NIL OCCIDENTAL	Malade : Interdiction de 8 semaines (55 jours) après le début des signes et symptômes. Voyage à risque : ne constitue pas un motif d'interdiction (le donneur sera testé). Note : Pilote d'avion et agent de bord : Si demeure à l'intérieur de l'avion ou de l'aéroport – Ne constitue pas un motif d'interdiction. - Modifier la réponse du donneur à NON.	801A Accepter	R S/O
VOLUME SANGUIN ESTIMÉ (Volume sanguin total-VST)			D
Sang total seulement – Donneurs entre 18 et 22	< 3200 mL : interdiction ≥ 3200 ml ou < 3500 mL : le donneur est admissible pour les prélèvements de 450 mL seulement.	Saisir VSEF Accepter	

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
<p>Plasma de fractionnement</p>	<p>Si ≥ 3500 mL : le donneur est admissible pour tous les types de prélèvement</p> <p>< 3500 mL : interdiction automatique eProgesa</p>	<p>Accepter</p> <p>VSEF</p>	
<p>Donneurs de granulocytes</p>	<p>> 3000 mL ne constitue pas un motif d'interdiction.</p> <p>≤ 3000 mL : interdiction</p>	<p>Accepter</p> <p>Saisir VSEF</p>	
<p>VOYAGE</p>	<p>Si le donneur n'a jamais voyagé à l'extérieur du Canada: ne constitue pas un motif d'interdiction.</p> <p>Si le donneur a déjà voyagé à l'extérieur du Canada : se référer aux critères spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbovirus - Chagas - Malaria - VNO 	<p>Accepter</p>	<p>S/O</p>

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordinatrice qualité, Conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

Note : La liste des vaccins suit ce tableau

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Liste des vaccins inacceptables	Retrait du vaccin « Zostavax II »	Zostavax II, vaccin contre le Zona, est retiré de la liste des vaccins inacceptables car ce vaccin n'est plus disponible au Canada.	CC-PRB-02373
Liste des vaccins inacceptables – Corrélation anglaise / française	Retrait de la corrélation « Herpes zoster (shibgles) / Zona »		
Réf. OC-08990			

LISTE DES VACCINS INACCEPTABLES

Attention : Ne pas confondre un produit sanguin en injection (exemple: immunoglobulines, tel que anti-D WinRho) avec un vaccin. Voir le critère « Produits sanguins, receveur de ».

VACCINS CONTRE	NOM DU VACCIN (ePROGESA)	APPLICATION
Coqueluche · diphtérie · haemophilus influenzae type B · poliomyélite · tétanos · hépatite B	Infanrix-hexa (enfants)	Interdiction de 4 semaines (27 jours) Codes VA4S
Fièvre jaune	YF-Vax (s.c.)	Interdiction de 4 semaines (27 jours) Codes VA4S et SMET
Fièvre typhoïde	Vivotif (po)	Interdiction de 4 semaines (27 jours) Codes VA4S et SMET
Hépatite A	Avaxim (i.m.) Havrix (i.m.) Vaqta (i.m.) Vivaxim (i.m.)	Interdiction de 1 semaine (6 jours) Codes VA7J
Hépatite A · hépatite B	Twinrix (i.m.)	Interdiction de 4 semaines (27 jours) Codes VA4S
Hépatite B	Engerix B (i.m.) Recombivax – HB (i.m.)	Interdiction de 4 semaines (27 jours) Codes VA4S
Rage	Imovax rage (i.m.) Rabavert (i.m.)	Interdiction de 52 semaines (364 jours) suite à l'exposition à un animal. Codes RAGE et SMET <u>Note</u> : si le donneur a été vacciné dans le cadre de son travail (routine) : ne constitue pas un motif d'interdiction
Rotavirus	Rotarix (po) RotaTeq (po)	Interdiction de 4 semaines (27 jours) Codes VA4S et SMET
Rougeole · oreillons · rubéole	M-M-R II (s.c.) Priorix (s.c.)	Interdiction de 4 semaines (27 jours) Codes VA4S et SMET
Rougeole · oreillons · rubéole · varicelle	ProQuad (s.c.) Priorix-Tetra (s.c.)	Interdiction de 3 mois (89 jours) Codes VA3M et SMET
Varicelle	Varilrix (s.c.) Varivax III (s.c.)	Interdiction de 3 mois (89 jours) Codes VA3M et SMET

VACCINS CONTRE	NOM DU VACCIN (ePROGESA)	APPLICATION
Variole et variole du singe	Tous inacceptables, sauf Invamune Note : tous les vaccins inacceptables contre la variole sont regroupés sous le nom « variole » dans ePROGESA.	Si aucune complication, interdiction de 2 mois (59 jours) post-vaccination Codes VA2M et SMET Si complications (dissémination des lésions cutanées, encéphalite post-vaccinale, kératite vaccinale), interdiction de 14 jours après la disparition des signes et symptômes et la fin du suivi médical (période minimale d'interdiction de 2 mois (59 jours) post-vaccination) Code VARC

CORRÉLATION ANGLAISE/FRANÇAISE

Anglais	Français
Cholera	Choléra
Diphtheria	Diphthérie
Haemophilus influenzae type B	Haemophilus influenzae type B
Hepatitis A	Hépatite A
Hepatitis B	Hépatite B
Measles	Rougeole
Monkeypox	Variole du singe
Mumps	Oreillons
Pertussis	Coqueluche
Poliomyelitis (polio)	Poliomyélite (polio)
Rabies	Rage
Rotavirus	Rotavirus
Rubella	Rubéole
Smallpox	Variole
Tetanus	Tétanos
Thyphoid	Fièvre thyphoïde
Tuberculosis	Tuberculose
Varicella	Varicelle
Yellow fever	Fièvre jaune

Numéro du document	MAN-00097 [1]
Numéro historique	MCSD Module 24
Date en vigueur	25-05-2015
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Carolina Sarappa	02-04-2015
Collectes	Luc Lévesque	23-03-2015
Collectes	Pierre Julien	30-03-2015
Direction médicale	Pierre Robillard	24-03-2015
Assurance qualité	Richard Renaud	09-04-2015
Conformité réglementaire	Helen Davidson	15-04-2015

A ou I : Accepter ou interdire	D : Risque donneur	R : Risque receveur
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1. CRITÈRES : SECTION W, X, Y ET Z

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I	D / R
ZONA (Herpès Zoster, réactivation de la varicelle) Malade	Interdiction de 3 semaines (20 jours) après la guérison des lésions cutanées (séchées ou disparues). Une névralgie post-herpétique (après la guérison) n'est pas un motif d'interdiction.	VZOS	R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Christine Milot, Spécialiste à la conformité réglementaire
 Pierre Robillard, Directeur médical
 Maryse Leclerc, Analyste d'affaires QN – ePROGESA

3. LISTE DES MODIFICATIONS

CRITÈRE	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Général	Modification des codes d'interdiction.	Les codes sont dorénavant spécifiques à chacun des critères.	CC-PRB-00020 ePROGESA
Zona	Retrait de la personne exposée de cette section. Retrait de la note « Documenter en plus la date d'apparition des symptômes... ».	Transfert d'information ; dorénavant sous « Infection, personne exposée à ». Cette information était nécessaire pour gérer les retraits de produits. Ceux-ci sont dorénavant générés automatiquement par ePROGESA.	CC-PRB-00020 ePROGESA
Réf. CFA : OC-02261 / SC-00020			

MCSD : Liste des médicaments inacceptables et des inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire

Numéro du document	MAN-00101 [21]
Numéro historique	MCSD Module 28
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents
PFN-00925	Gestion des critères de sélection des donneurs

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	12-04-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	12-04-2024
Direction médicale	Christian Renaud	15-04-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	06-05-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	09-05-2024

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

NOTES GÉNÉRALES : **Attention : Ne pas confondre un vaccin avec un médicament. Voir le critère « Vaccins ».**

Si le donneur mentionne prendre « le générique de ... », considérer le nom mentionné.

Si le donneur mentionne le préfixe ou le nom complet de la compagnie fabriquant le médicament, ne pas en tenir compte sauf pour les médicaments Rivaroxaban et Rivasa pour lesquels il faut tenir compte du nom au complet.

EXEMPLES : APO-, DOM-, GEN-, GMD-, NOVO-, NU-, PMS-, RATIO-, RHOXAL-, RIVA-, SANDOZ, ETC.

1. CONTENU : LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

CRITÈRE	APPLICATION	A ou I
Médicament	Si le médicament est inconnu du donneur, interdiction (date du jour).	INFO
	Si le donneur participe à un essai clinique concernant un nouveau médicament, interdiction de 6 mois (179 jours) après la dernière prise du médicament.	ESCL
	Si le médicament n'est pas inclus dans la liste, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter
	Si le donneur rapporte avoir pris un médicament provenant de l'extérieur du Canada et que le nom de ce médicament n'est pas inclus dans la liste, ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter
	<u>À l'exception de l'application topique du Finastéride,</u> l'utilisation des produits suivants ne constituent pas un motif d'interdiction : vitamines, contraceptifs oraux, crème, onguent, gouttes, gel, vaporisateur, inhalateur, cortisone	Accepter
	Si le médicament / inhibiteur de l'agrégation plaquettaire est inclus dans la liste, interdiction selon les codes et délais mentionnés pour chacun des médicaments suivants (sauf pour certains tératogènes pour lesquels le code est spécifié à côté du médicament concerné) :	
	- Codes possibles pour les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire :	1 jour : IP01 3 jours : IP03 7 jours : IP07 14 jours : IP14
	- Codes possibles pour les médicaments inacceptables :	1 jour : RX01 2 jours : RX02 3 jours : RX03 5 jours : RX05 7 jours : RX07 8 jours : RX08 10 jours : RX10 13 jours : RX13 14 jours : RX14 20 jours : RX20 30 jours : RX30 41 jours : RX41 59 jours : RX59 89 jours (3 mois) : RX89 119 jours (4 mois) : RX4M 179 jours (6 mois) : RX6M 729 jours (2 ans) : RX2A

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

D : RISQUE DONNEUR **R** : RISQUE RECEVEUR

Noms génériques / commerciaux A	Sang total		Plaquettes par apheresè Interdire :	Plasma/ Granulo par apheresè	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
AAS ou ASA	Aucun impact sur le don	72 hres	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Abrilada	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D
Absorica ou Absorica LD	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons (code TG30)				Rétinoïdes pour le traitement de l'acné	R
Accutane Roche	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons (code TG30)				Rétinoïdes pour le traitement de l'acné	R
Acénocoumarol	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Acide Acétylsalicylique	Aucun impact sur le don	72 hres	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Acide valproïque	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antiépileptique	R
Acitrétine	Interdiction de 3 ans (1094 jours – code TG3A) pour tous les types de dons				Rétinoïdes	R
Adalimumab	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D
Adempas	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Stimulateur de la guanylate cyclase soluble (traitement de l'hypertension pulmonaire)	D
Advil (et tout autre médicament contenant Advil dans le nom, par ex : Advil rhume et sinus)	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Afatinib	Interdiction de 8 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Afinitor	Interdiction de 59 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Agalsidase	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Enzyme de remplacement	R
Agrylin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antithrombotique	R
Aleve	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Alimta	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Alitrétinoïne	Interdiction d'un mois (30 jours – code TG30) pour tous les types de dons				Immunomodulateur/anti- inflammatoire	R
Alka-Seltzer	Aucun impact sur le don	72 hres	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Alkeran	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Altrétamine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux A	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	D / R
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Ambrisentan	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antagoniste des récepteurs de l'endothéline	R
Amgevita	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D
Aminoglutéthimide	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasgique	R
Amiodarone	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiarythmique	D
Amox ou Amoxi ou Amoxil	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Amoxicilline	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Amoxicilline/Acide clavulanique ou Amoxi-clav	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Amoxicilline/ Lansoprazole/ Clarithromycine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline (Éradication de H. pylori)	R
Ampi ou Ampicilline	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Anacin	Aucun impact sur le don	72 hres	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Anagrélide	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antithrombotique	R
Anakinra	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Anaprox	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Anifrolumab	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antagoniste du récepteur de l'interféron (IFN) de type I	R
Apalutamide	Interdiction de 20 jours pour tous les types de dons				Antiandrogène	R
Apixaban	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Arava	Interdiction de 2 ans pour tous les types de dons				Immunomodulateur/ Antirhumatique	R
Argatroban	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antithrombotique	R
Aricept	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Inhibiteur de la cholinestérase	D
Arixtra	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antithrombotique de synthèse	R
Arlidin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de don				Vasodilatateur/ Traitement de troubles cérébraux organiques	D
Aromasin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasgique	R
Arthrotec	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux A	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	D / R
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Asaphen	Aucun impact sur le don	72 hres	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Asatab	Aucun impact sur le don	72 hres	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Asen	Aucun impact sur le don	72 hres	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Aspirin	Aucun impact sur le don	72 hres	72 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Aubagio	Interdiction de 2 ans pour tous les types de dons				Agent immunomodulateur	R
Auranofine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Chrysothérapie/ Antiarthritique	R
Aurothiomalate	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Chrysothérapie/ Antiarthritique	R
Avodart	Interdiction de 6 mois (179 jours - code TG6M) pour tous les types de dons				Inhibiteur de la 5 alpha- réductase	R
Axitinib	Interdiction de 48 heures pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine tyrosine kinase/ antinéoplasique	R
Azathioprine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux B	Sang total		Plaquettes par apheresé Interdire :	Plasma/ Granulo par apheresé	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Bacampicilline	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Belimumab	Interdiction de 59 jours pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Bendamustine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Benlysta	Interdiction de 59 jours pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Bicalutamide	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique/ Antiandrogène non stéroïdien	R
Bicillin L-A	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Bosentan	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire	R
Bosulif	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine kinase	R
Bosutinib	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine kinase	R
Brenzys	Interdiction de 20 jours pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Brilinta	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	7 jours	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Bromfenac	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Busulfan	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux C	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Cabergoline	Interdiction de 1 mois (30 jours) pour tous les types de dons				Agoniste des récepteurs de la dopamine	R
Cabotégravir	Interdiction de 2 ans (729 jours – code PR2A) pour tous les types de dons				Agent antirétroviral	R
Cambia	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 hres	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Capécitabine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Carbachol	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Parasympathomimétique	D
Carbamylcholine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Parasympathomimétique	D
Carfilzomib	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Carvédilol	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Agent cardiovasculaire/ Traitement de l'insuffisance cardiaque congestive	D
Casodex	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplastique/ Antiandrogène non stéroïdien	R
CeeNU	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Céfaclor	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Céfadroxil	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Céfépime	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Céfixime	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Cefprozil	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Ceftin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Ceftobiprole	Interdiction de 2 jours pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Ceftolazane/ Tazobactam	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Céfuroxime axétil	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Cellcept	Interdiction de 6 semaines (41 jours) pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Cephalex ou Cephalexin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Ceritinib	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine-kinase	R
Cetrorelix	Interdiction de 14 jours pour tous les types de dons				Antagoniste de la gonadolibérine	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux C	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Cetrotide	Interdiction de 14 jours pour tous les types de dons				Antagoniste de la gonadolibérine	R
Chlorambucil	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Choline Magnésium Trisalicylate	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Clarus	Interdiction d'un mois (30 jours - code TG30) pour tous les types de dons				Rétinoïdes pour traitement de l'acné	R
Clavulin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Clopidogrel	Aucun impact sur le don	14 jours	14 jours	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Cloxacilline ou Cloxi ou Cloxin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Combogesc	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Covert	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiarythmique	D
Coumadin	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Crizotinib	Interdiction de 13 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine kinase	R
Cuprimine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Agent chélateur	R
Cyclomen	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur des gonadotrophines hypophysaires	R
Cyclophospha- mide	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux D	Sang total		Plaquettes par apheresè Interdire :	Plasma/ Granulo par apheresè	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Dabigatran etexilate	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Dabrafenib	Interdiction de 48 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Daclatasvir	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antiviral	R
Daltéparine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Danaparoïde	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Danazol	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur des gonadotrophines hypophysaires	R
Dasatinib	Interdiction de 48 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Depakene	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antiépileptique	R
Diclo ou Diclofénac	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Diclofénac / Misoprostol ou Diclo-Miso	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anti-inflammatoires non stéroïdiens	R
Diéthylstilbestrol	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique/ Estrogène	R
Difenac	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Diflunisal	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Dihydroergota- mine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Traitement des céphalées vasculaires	D
Divalproex	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antiépileptique	R
Donépézil	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Inhibiteur de la cholinestérase	D
Dostinex	Interdiction de 1 mois (30 jours) pour tous les types de dons				Agoniste des récepteurs de la dopamine	R
Dupilumab	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Immunomodulateur, inhibiteur des interleukines	R
Dupixent	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Immunomodulateur, inhibiteur des interleukines	R
Dutastéride	Interdiction de 6 mois (179 jours - code TG6M) pour tous les types de dons				Inhibiteur de la 5 alpha- réductase	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux E	Sang total		Plaquettes par aphasère Interdire :	Plasma/ Granulo par aphasère	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Edoxaban	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Efgartigimod	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antagoniste du récepteur Fc néonatal	R
Eliquis	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Elonox ou Elonox HP	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant/ Antithrombotique	R
Emtricitabine/ Fumarate tenofovir disoproxil	Interdiction de 119 jours (4 mois – code PREP) pour tous les types de dons				Agent antirétroviral	R
Enasidenib (mésylate de)	Interdiction de 59 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Enbrel	Interdiction de 20 jours pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Enoxaparine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant/ Antithrombotique	R
Entrophen	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Enzalutamide	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Ephédrine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Agent adrénérgique	D
Epival	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antiépileptique	R
Epuris	Interdiction d'un mois (30 jours – code TG30) pour tous les types de dons				Rétinoïdes pour le traitement de l'acné	R
Erelzi	Interdiction de 20 jours pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Ergoloïdes, mésylates	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Traitement de la démence	D
Erivedge	Interdiction de 2 ans pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Erleada	Interdiction de 20 jours pour tous les types de dons				Antiandrogène	R
Erlotinib	Interdiction de 8 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Estramustine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Etanercept	Interdiction de 20 jours pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Etodolac	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Étoposide	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Étrétinate	Interdiction permanente pour tous les types de dons (Code 1410)				Traitement du psoriasis	R
Évérolimus	Interdiction de 59 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Evinacumab	Interdiction de 6 mois (179 jours) pour tous les types de dons				Autres agents de régulation des lipides	R
Evista	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Modulateur sélectif des récepteurs estrogéniques	R
Evkeeza	Interdiction de 6 mois (179 jours) pour tous les types de dons				Autres agents de régulation des lipides	R
Exemestane	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux F	Sang total		Plaquettes par apheresé Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérésé	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Fabrazyme	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Enzyme de remplacement	R
Femara	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique / Inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien	R
Fénoprofène	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Finastéride Inclut l'application topique	Interdiction d'un mois (30 jours – code TG30) pour tous les types de dons				Inhibiteur de la 5 α - réductase de type II	R
Fingolimod	Interdiction de 59 jours pour tous les types de dons.				Modulateur des récepteurs de la sphingosine-1- phosphate	R
Fiorinal	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Floctafénine	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Flurbiprofène	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Flutamide	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique/ Antiandrogène non stéroïdien	R
Fondaparinux	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antithrombotique de synthèse	R
Foscarnet	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Agent antiviral	R
Fragmin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Fraxiparine	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant/ Antithrombotique	R
Fumarate tenofovir disoproxil/ Emtricitabine	Interdiction de 119 jours (4 mois – code PREP) pour tous les types de dons				Agent antirétroviral	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux G	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Galantamine, hydrobromide de	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Inhibiteur de cholinestérase	D
Gazyva	Interdiction de 119 jours (4 mois) pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Gefitinib	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Gilenya	Interdiction de 59 jours pour tous les types de dons.				Modulateur des récepteurs de la sphingosine-1- phosphate	R
Giotrif	Interdiction de 8 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Gleevec	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Golimumab	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Inhibiteur du facteur de nécrose tumorale	R
Goséréline, Acétate de	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique/Ana- logue de la LH-RH	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux H	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Hadlima	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D
Hanzema	Interdiction d'un mois (30 jours – code TG30) pour tous les types de dons				Immunomodulateur/ anti-inflammatoire	R
Héparine	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Hulio	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D
Humira	Interdiction de 1 mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D
Hydergine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Traitement de la démence	D
Hydrea	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Hydroxyurée	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Hyrimoz	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux I	Sang total		Plaquettes par apheresè Interdire :	Plasma/ Granulo par apheresè	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Ibrutinib	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton	R
Ibuprofène	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Ibutilide	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiarythmique	D
Iclusig	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine-kinase	R
Idacio	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D
Idamycin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Idarubicine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Idelalisib	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Imatinibe, mésylate de	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Imbruvica	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Inhibiteur – tyrosine kinase de Bruton	R
Imdur	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux/ Vasodilatateur coronarien	D
Imuran	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Inclunox	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant/ Antithrombotique	R
Indo ou Indométhacine	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Inlyta	Interdiction de 48 heures pour tous les types de dons				Inhibiteur – protéine tyrosine kinase/ antineoplasique	R
Innohep	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Iressa	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
ISDN ou ISMN ou Isosorbide, mono ou dinitrate	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux/ Vasodilatateur coronarien	D
Isotrétinoïne	Interdiction d'un mois (30 jours – code TG30) pour tous les types de dons				Rétinoïdes pour le traitement de l'acné	R
Istodax	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux J	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Jakavi	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Jalyn	Interdiction de 6 mois (179 jours – code TG6M) pour tous les types de dons				Inhibiteur de la 5 alpha-réductase	R
Juxtapid	Interdiction de 10 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine microsomale de transfert des triglycérides	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux K	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Keflex	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Kéto ou Kétoprofen	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Kétorolac	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Keytruda	Interdiction de 119 jours (4 mois) pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Kineret	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Kyprolis	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux L	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Lapatinib ditosylate	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Léflunomide	Interdiction de 2 ans pour tous les types de dons				Immunomodulateur/ Antirhumatique	R
Lenalidomide	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Lenvatinib	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Lenvima	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Létrozole	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique/ Inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien	R
Leukeran	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Lexin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Lixiana	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Lomitapide	Interdiction de 10 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine microsomale de transfert des triglycérides	R
Lomustine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Lovenox	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant/ Antithrombotique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux M	Sang total		Plaquettes par apheresè Interdire :	Plasma/ Granulo par apherèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Macitentan	Interdiction de 10 jours pour tous les types de dons				Antagoniste des récepteurs de l'endothéline	R
Madelon	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Matulane	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Maxidol	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Mefenamic ou Méfénamique, Acide	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Mégestrol	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique/ progestatif	R
Mekinst	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Melphalan	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Mercaptopurine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Methimazole	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anti-thyroïdien	R
Méthotrexate	Interdiction de 6 mois (179 jours) pour tous les types de dons				Antimétabolite et antirhumatismal	R
Méthoxsalen	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Photochimiothérapie/ Repigmentation de la mélanine	R
Méthysergide, maléate de	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Prophylaxie des céphalées vasculaires	D
Métoject	Interdiction de 6 mois (179 jours) pour tous les types de dons				Antimétabolite et antirhumatismal	R
Mexilétine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiarythmique	D
Mifegymiso	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Modulateur du récepteur de la progestérone	R
Mintran	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux/ Vasodilatateur coronarien	D
Misoprostol/ diclofénac sodique	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anti-inflammatoire non stéroïdien	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux M	Sang total		Plaquettes par aphasère Interdire :	Plasma/ Granulo par aphèrese	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Misoprostol/ Mifepristone	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Modulateur du récepteur de la progestérone	R
Motrimax	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Motrin	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Mycophénolate	Interdiction de 6 semaines (41 jours) pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Myfortic	Interdiction de 6 semaines (41 jours) pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Myleran	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux N	Sang total		Plaquettes par aphaérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Nadroparine, Calcium de	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant/ Antithrombotique	R
Nafaréline	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Analogue de l'hormone de libération de la gonadotrophine	R
Naprosyn	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Napro ou Naprox ou Naproxen	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Naxen	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Nicoumalone	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Nilotinib	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine tyrosine- kinase	R
Nintedanib	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Anti-inflammatoire et antifibrotique	R
Nitro-Dur	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux/ Vasodilatateur coronarien	D
Nitro ou Nitroglycérine (glycérile, trinitrate de)	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux/ Vasodilatateur coronarien	D
Nitrolingual (pompe ou pulvérisateur)	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux/ Vasodilatateur coronarien	D
Nitrostat	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux/ Vasodilatateur coronarien	D
Noromby	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant/ Antithrombotique	R
Novamoxin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Nylidrine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Vasodilatateur/ Traitement de troubles cérébraux organiques	D

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux O	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Obinutuzumab	Interdiction de 119 jours (4 mois) pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Odomzo	Interdiction de 729 jours (2 ans) pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
OFEV	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Anti-inflammatoire et antifibrotique	R
Opsumit	Interdiction de 10 jours pour tous les types de dons				Antagoniste des récepteurs de l'endothéline	R
Opsynvi	Interdiction de 10 jours pour tous les types de dons				Antagoniste des récepteurs de l'endothéline	R
Organan	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Oxaprozine	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	14 jours	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Oxycodan	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux P	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Peginterferon alfa-2a	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique / agent antiviral	R
Peginterferon bêta-1a	Interdiction de 20 jours pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Pembrolizumab	Interdiction de 119 jours (4 mois) pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Pemetrexed	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Pénicillamine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Agent chélateur	R
PenG ou Pénicilline G ou Pénicilline G Sodium	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
PenV ou Pénicilline V	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Pen VK	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Pirocam ou Pirox ou Piroxicam	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	14 jours	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Pivampicilline	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Pivmécillinam	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Pénicilline	R
Platinum relief	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Plavix	Aucun impact sur le don	14 jours	14 jours	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Plegridy	Interdiction de 20 jours pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Pomalidomide	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Pomalyst	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Ponatinib	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine-kinase	R
Pradaxa	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Prasugrel	Aucun impact sur le don	7 jours	7 jours	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux P	Sang total		Plaquettes par aphasère Interdire :	Plasma/ Granulo par aphèrese	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
PravASA	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Praxis ASA	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Procarbazine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Procytox	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Profen	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Prolensa	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Propecia	Interdiction d'un mois (30 jours – code TG30) pour tous les types de dons				Inhibiteur de la 5 α - réductase de type II	R
Propylthiouracil	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antithyroïdien	R
Proscar	Interdiction d'un mois (30 jours – code TG30) pour tous les types de dons				Inhibiteur de la 5 α - réductase de type II	R
Purinethol	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux Q	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Quinine ou Quinine Sulfate	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiarythmique	D

EN VIGUEUR

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux R	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Raloxifène	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Modulateur sélectif des récepteurs estrogéniques	R
Rapamune	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Ravulizumab	Interdiction de 6 semaines (41 jours) pour tous les types de dons				Immunosuppresseur sélectif	R
Redesca	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant/ Antithrombotique	R
Regorafenib	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Replagal	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Enzyme de remplacement	R
Revlimid	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Rhume + sinus	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Riabni	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Ridaura	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Chrysothérapie/ Antiarthritique	R
Rilutek	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiglutamate	R
Riluzole	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiglutamate	R
Riociguat	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Stimulateur de la guanylate cyclase soluble (traitement de l'hypertension pulmonaire)	D
Rituxan	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Rituximab	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Rivaroxaban	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Rivasa	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Riximyo	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Robaxisal	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Robax Platinum	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Romidepsin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Ruxience	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Ruxolitinib	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux S	Sang total		Plaquettes par aphaérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Saphnelo	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antagoniste du récepteur de l'interféron (IFN) de type I	R
Sels d'or	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Chrysothérapie/ Antiarthritique	R
Siltuximab	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Anticorps monoclonal anti-interleukine-6	R
Simlandi	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D
Simponi	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Inhibiteur du facteur de nécrose tumorale	R
Sirolimus	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Immunosuppresseur	R
Sonidegib	Interdiction de 729 jours (2 ans) pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Sorbide	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux	D
Soriatane	Interdiction de 3 ans (1094 jours – code TG3A) pour tous les types de dons				Rétinoïdes	R
Spesolimab	Interdiction de 119 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de l'interleukine-36	R
Spevigo	Interdiction de 119 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de l'interleukine-36	R
Sprycel	Interdiction de 48 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Stilbestrol	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique/Estro gène	R
Stivarga	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Sudafed Sinus Advance	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Sulin ou Sulindac	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Summit Ultra	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Suprax	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Suvexx	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Sylvant	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Anticorps monoclonal anti-interleukine-6	R
Synarel	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Analogue de l'hormone de libération de la gonadotrophine	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux T	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Tafinlar	Interdiction de 48 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Tapazole	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antithyroïdien	R
Tarceva	Interdiction de 8 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Tasigna	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine-kinase	R
Tazobactam/ Ceftolazane/	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Tecnal	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Tegison	Interdiction permanente pour tous les types de dons (Code 1410)				Traitement du psoriasis	R
Témodal	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Témazolomide	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Ténoxicam	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	14 jours	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Téریفunomide	Interdiction de 2 ans pour tous les types de dons				Agent immunomodulateur	R
Thalidomide	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Thalomid	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Immunomodulateur	R
Tiaprofénique, Acide	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Ticagrelor	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	7 jours	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Ticlopidine	Aucun impact sur le don	14 jours	14 jours	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Tinzaparine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Tocaïne	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiarythmique	D
Toctino	Interdiction d'un mois (30 jours – code TG30) pour tous les types de dons				Immunomodulateur/an ti-inflammatoire	R
Tolméfine	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Toradol	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux T	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Tracleer	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire	R
Tramétinib	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Transderm/Nitro	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux	D
Treanda	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Trétinoïne	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Rétinoïdes/ Antinéoplasique	R
Trianal	Aucun impact sur le don	72 heures	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Trimétrexate	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiprotozoaire	R
Trinipatch	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiangineux/ Vasodilatateur coronarien	D
Truvada	Interdiction de 119 jours (4 mois – code PREP) pour tous les types de dons				Agent antirétroviral	R
Truxima	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Tykerb	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux U	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Ultomiris	Interdiction de 6 semaines (41 jours) pour tous les types de dons				Immunosuppresseur sélectif	R

EN VIGUEUR

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux V	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Valcyte	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiviral	R
Valganciclovir	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antiviral	R
Valproïque, acide	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antiépileptique	R
Vemurafenib	Interdiction de 13 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine kinase	R
Vepesid	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Vericiguat	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Stimulateur de la guanylate cyclase soluble	D
Verquvo	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Stimulateur de la guanylate cyclase soluble	D
Verteporfin	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Agent photosensibilisant	R
Vesanoid	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Rétinoïdes/ Antinéoplasique	R
Vfend	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antifongique	R
Vimovo	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	72 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Vismodegib	Aucun impact sur le don	Interdiction de 2 ans pour tous les types de dons			Antinéoplasique	R
Visudyne	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Agent photosensibilisant	R
Vocarvi	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Agent antiviral	R
Volibris	Interdiction de 5 jours pour tous les types de dons				Antagoniste des récepteurs de l'endothéline	R
Voltaren	Aucun impact sur le don	Aucun impact sur le don	24 heures	Aucun impact sur le don	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	R
Voriconazole	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antifongique	R
Vorinostat	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Vyvgart	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antagoniste du récepteur Fc néonatal	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux W	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Warfarine	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Anticoagulant	R

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux X	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Xalkori	Interdiction de 13 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine kinase	R
Xarelto	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Anticoagulant	R
Xeloda	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Xtandi	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R

Noms génériques / commerciaux Y	Sang total		Plaquettes par aphasère Interdire :	Plasma/ Granulo par aphèrese	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Yohimbine	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Sympatholytique	D
Yuflyma	Interdiction d'un mois (30 jours) pour tous les types de dons				Modificateur de la réponse biologique	D

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

Noms génériques / commerciaux Z	Sang total		Plaquettes par aphérèse Interdire :	Plasma/ Granulo par aphérèse	Raison de l'inclusion (classe thérapeutique)	R / D
	Sans plaquette (ex : T1)	Avec plaquettes (ex : AT, RE) : ne pas prélever si prise < :				
Zelboraf	Interdiction de 13 jours pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine kinase	R
Zerbaxa	Interdiction de 24 heures pour tous les types de dons				Céphalosporine	R
Zoladex	Interdiction de 7 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique/Analogue de la LH-RH	R
Zolinza	Interdiction de 72 heures pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Zydelig	Interdiction de 30 jours pour tous les types de dons				Antinéoplasique	R
Zykadia	Interdiction de 89 jours (3 mois) pour tous les types de dons				Inhibiteur de la protéine-kinase	R

2. RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, conformité et projets opérationnels

3. LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION (NOM MÉDICAMENT)	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Section Médicament et Finastéride	Section médicament : Ajout de la précision concernant le Finastéride : « <u>À l'exception de l'application topique du Finastéride,</u> l'utilisation des produits suivants ne constituent pas un motif d'interdiction : vitamines, contraceptifs oraux, crème, onguent, gouttes, gel, vaporisateur, inhalateur, cortisone» Finastéride : ajout de « inclut l'application topique »	Le finastéride fait déjà partie de la liste des médicaments inacceptables mais une note sera ajoutée à l'effet qu'une application topique constitue aussi un motif d'interdiction, tout comme une administration par voie orale. Cette note est nécessaire puisqu'il est mentionné au début de cette liste que l'utilisation des produits suivants ne constituent pas un motif d'interdiction : vitamines, contraceptifs oraux, crème, onguent, gouttes, gel, vaporisateur, inhalateur, cortisone. Ce médicament est parfois utilisé de façon topique « hors-étiquette » (« off-label use »). Les patients rapportent moins d'effets secondaires de cette façon que par voie orale. Malgré que le transfert dans une poche de sang serait très faible (estimée à 0.001%), il pourrait tout de même y avoir une absorption systémique. Par mesure de précaution, il est convenu d'appliquer la même période d'interdiction que pour la forme orale, soit 30 jours.	CC-PRB-02373 Comité des critères Compte rendu du comité conjoint HQ/SCS des critères de sélection, réunion du 13-04-2021
Advil Advil rhume et sinus	Advil : ajout d'une note « (et tout autre médicament contenant Advil dans le nom, par ex : Advil rhume et sinus) » Advil rhume et sinus : retrait	D'autres médicaments contenant Advil dans leur nom existent sur le marché, il n'y a pas que « Advil rhume et sinus ». En effet on retrouve par exemple « Advil migraine », « Advil toux, rhume et grippe nuit », « Advil rhume, sinus et grippe extra fort », etc. Comme tous ces médicaments contiennent de l'ibuprofène, il n'est pas pertinent de tous les énumérer. Il est donc convenu de retirer « Advil rhume et sinus » et d'ajouter la note à « Advil ».	CC-PRB-02373 Comité des critères

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

SECTION (NOM MÉDICAMENT)	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
222 282 et 282 MEP 292 AC&C Aclavulanate ACT Diclo-Miso Adalat XL Plus Aggrenox Ampicin Aspergum Axum Bellergal Space- tabs C-2 Ceclor Cefzil Clavamoxin Cordarone Crystapen Daklinza Effient EMCYT Euflex Flurprofen Formule L2 HP-PAC Ibucodone Idhifa Lowprin Maxipime Megace OS Methacin Methoxisal Motrin IB Myochryisine Naprelan Nitrol Novasen OxSORalen/Oxso ralen-ultra Pain Aid Pegasys RBV Pradax Pronal Propyl-thyracil Reminyl	Retrait	Selon la Base de données des produits pharmaceutiques de Santé Canada, ces médicaments ont été annulés après ou avant commercialisation.	CC-PRB-02373 Base de données des produits pharmaceutiques de Santé Canada Voir fichier « Liste des médicaments annulés avant ou après commercialisation »

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

SECTION (NOM MÉDICAMENT)	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Rylosol Sintrom Soulagement de la douleur (formule nuit)- Apotex Sundac Vicks Dayquil sinus avec ibuprofène			
Abrilada Simlandi Yufyma	Ajout	Mise à jour à la suite du comité conjoint SCS/HQ sur les critères de sélection. Il s'agit de nouveaux médicaments contenant de l'Adalimumab, lequel est déjà dans la liste. Par conséquent, un délai d'interdiction de 30 jours, identique à celui de l'Adalimumab, s'appliquera pour tous les types de dons.	CC-PRB-02373 Comité des critères Monthly Drug Lists March 2022 et April 2022 Comptes rendus du comité conjoint SCS/HQ du 29-04-2022 et du 26- 08-2022
Anifrolumab Saphnelo	Ajout	Mise à jour à la suite du comité conjoint SCS/HQ sur les critères de sélection. Il s'agit d'un nouveau médicament (nouvelle molécule; noms générique et commercial). Une faible quantité serait transférée dans une poche de sang de 500 ml (0.2%). Toutefois, ce médicament sera ajouté à la liste des médicaments inacceptables en raison de certaines mises en garde dans la monographie du produit : le mode d'action du produit pourrait augmenter le risque de cancer. Le produit augmente aussi le risque d'infections respiratoires et de zona, etc. Une interdiction de 24 heures pour tous les types de dons s'appliquera.	CC-PRB-02373 Comité des critères Drug assessment and Recommendations form Compte rendu du comité conjoint SCS/HQ du 29-04-2022
Acénocoumarol Apixaban Eliquis Fraxiparine Nadroparine Nicoumalone	Modification du délai d'interdiction de 24 à 72 heures.	Décision médicale. La durée d'interdiction de tous les DOACs (« Direct-Acting Oral Anticoagulants ») est modifiée à 72 heures à des fins d'uniformisation, en s'appuyant sur la moyenne des demi-vies respectives de ces médicaments.	CC-PRB-02373 Compte rendu de la Concertation médicale du 11 février 2021

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

SECTION (NOM MÉDICAMENT)	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Dabigatran etexilate Edoxaban Lixiana Pradaxa Rivaroxaban Xarelto	Modification du délai d'interdiction de 7 jours à 72 heures.	Décision médicale. La durée d'interdiction de tous les DOACs (« Direct-Acting Oral Anticoagulants ») est modifiée à 72 heures à des fins d'uniformisation, en s'appuyant sur la moyenne des demi-vies respectives de ces médicaments.	CC-PRB-02373 Compte-rendu de la Concertation médicale du 11 février 2021
Elonox Elonox HP	Ajout	Mise à jour à la suite du comité conjoint SCS/HQ sur les critères de sélection. Il s'agit de nouveaux médicaments contenant de l'Enoxaparin, lequel est déjà dans la liste. Par conséquent, un délai d'interdiction de 24 heures, identique à celui de l'Enoxaparin, s'appliquera.	CC-PRB-02373 Comité des critères Monthly Drug List - March 2023 Compte rendu du comité conjoint SCS/HQ du 01-05-2023
Opsynvi	Ajout	Mise à jour à la suite du comité conjoint SCS/HQ sur les critères de sélection. Il s'agit d'un nouveau médicament contenant du Macitentan, lequel est déjà dans la liste. Par conséquent, un délai d'interdiction de 10 jours, identique à celui du Macitentan, s'appliquera pour tous les types de dons.	CC-PRB-02373 Comité des critères Monthly Drug List - December 2021 Compte rendu du comité conjoint SCS/HQ du 21-01-2022
Spevigo Spesolimab	Ajout	Mise à jour à la suite du comité conjoint SCS/HQ sur les critères de sélection. Il s'agit d'un nouveau médicament (nouvelle molécule; noms générique et commercial). Une interdiction de 120 jours pour tous les types de dons s'appliquera. Ceci est basé sur le fait que la demi-vie de ce médicament est de 25 jours. Comme le temps requis pour éliminer 99 % du produit correspond à 5 demi-vies, nous obtenons 125 jours. Comme nous n'avons pas de code d'interdiction d'une durée de 125 jours, mais que nous en avons un d'une durée de 119 jours, il est convenu d'opter pour une interdiction de 119 jours. À noter que la SCS a opté pour un délai d'interdiction de 30 jours (voir Drug	CC-PRB-02373 Comité des critères Drug assessment and Recommendations form Compte rendu du comité conjoint SCS/HQ du 11-09-2023 Courriel du 12-12- 2023 entre HQ et SCS

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS

LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

SECTION (NOM MÉDICAMENT)	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
		Assessment and Recommendations form). Les explications justifiant la position de la SCS et la nôtre sont fournies dans le courriel du 12-12-2023.	
Ultomiris Ravulizumab	Ajout	Mise à jour à la suite du comité conjoint SCS/HQ sur les critères de sélection. Il s'agit d'un nouveau médicament (nouvelle molécule; noms générique et commercial). À cause de sa longue demi-vie et le fait qu'une quantité un peu plus importante que d'autres médicaments pourrait se retrouver dans une poche de sang (0.2%), une interdiction de 6 semaines (41 jours) pour tous les types de dons s'appliquera.	CC-PRB-02373 Comité des critères <i>Drug assessment and Recommendations form</i> Compte rendu du comité conjoint SCS/HQ du 21-01-2022
Verquvo Vericiguat	Ajout	Mise à jour à la suite du comité conjoint SCS/HQ sur les critères de sélection. Il s'agit d'un nouveau médicament (nouvelle molécule; noms générique et commercial). Une interdiction de 24 heures pour tous les types de dons s'appliquera.	CC-PRB-02373 Comité des critères <i>Drug assessment and Recommendations form</i> Compte rendu du comité conjoint SCS/HQ du 07-11-2023
Evkeeza Evinacumab	Ajout	Mise à jour à la suite du comité conjoint SCS/HQ sur les critères de sélection. Il s'agit d'un nouveau médicament (nouvelle molécule; noms générique et commercial). Une interdiction de 6 mois (179 jours) pour tous les types de dons s'appliquera.	<i>Drug assessment and Recommendations form</i> Compte rendu du comité conjoint SCS/HQ du 15-01-2024
Vyvgart Efgartigimod	Ajout	Mise à jour à la suite du comité conjoint SCS/HQ sur les critères de sélection. Il s'agit d'un nouveau médicament (nouvelle molécule; noms générique et commercial). Une interdiction de 30 jours pour tous les types de dons s'appliquera.	<i>Drug assessment and Recommendations form</i> Compte rendu du comité conjoint SCS/HQ du 15-01-2024
Sels d'or Auranofine Aurothiomalate Ridaura	Modification du délai d'interdiction de permanent à 24 heures	Les sels d'or injectables ont été discontinués du marché canadien et américain en 2019. Ceux qui restent sont sous forme de comprimés et un délai	CC-PRB-02373 Compte rendu du comité conjoint

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS LISTE DES MÉDICAMENTS INACCEPTABLES ET DES INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

SECTION (NOM MÉDICAMENT)	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Section médicament	Retrait du code d'interdiction RXPE	d'interdiction de 24 heures est suffisant, tel qu'appliqué par la SCS. Ce code, dont le libellé est <i>Médicament – permanent</i> était utilisé pour les médicaments non tératogènes nécessitant une interdiction permanente, c'est-à-dire Sels d'or, Auranofine, Aurothiomalate et Ridaura. Comme la durée d'interdiction de ces médicaments est modifiée pour 24 heures (voir ligne au-dessus), ce code n'est plus nécessaire.	SCS/HQ du 18-05-2021
Réf. CFA : OC-08990			

Numéro du document	MAN-00511 [17]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	09-09-2024
Service responsable	Registre des donneurs de moelle osseuse
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
SPE-00559	Liste des ATCD EdgeCell applicables aux patients et aux donneurs non-apparentés
PFN-00954	Recrutement de donneurs au Registre de cellules souches
PFN-00260	Inscription d'un donneur potentiel au Registre de cellules souches
PFN-00261	Confirmation de typage HLA pour les donneurs québécois de cellules souches
PFN-00262	Préparation d'un donneur québécois au don de cellules souches
PFN-00925	Gestion des critères de sélection des donneurs

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Catherine Latour	04-09-2024
Laboratoire banque sang de cordon	Diane Fournier	30-08-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	04-09-2024

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Accident vasculaire cérébral	Stroke		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Acupuncture	Acupuncture	Consulter la section M : Maladies infectieuses, comportements à risque				
Addison (maladie d')	Addison's disease		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Aiguille contaminée		Consulter la section M : Maladies infectieuses, comportements à risque				
Allaitement	Breastfeeding		Accepter	Accepter si la donneuse a accouché depuis au moins six mois.	La donneuse ne pourra allaiter pendant les injections de G-CSF et le prélèvement.	
Allergies	Allergies	Aucune réaction anaphylactique	Accepter	Accepter et aviser le CC et le CT à la préparation au don en vue d'une évaluation.	Analyse des risques possibles à l'évaluation médicale.	Le CT tiendra compte des effets éventuels sur le patient (apparition de la même allergie que le donneur).
		Réaction anaphylactique – AUTRE QUE LATEX	Accepter	Accepter et aviser le CT et le CC – Une évaluation médicale pourrait être requise à la préparation au don.	Analyse des risques possibles à l'évaluation médicale.	Risque d'effets importants pour le patient (apparition de la même allergie que le donneur). Le CT doit évaluer les risques et déterminer s'il souhaite aller de l'avant.
		Réaction anaphylactique – LATEX	Interdiction permanente.	Interdiction permanente.	Risques possibles pendant la collecte.	
Alzheimer	Alzheimer		Interdiction permanente	Interdiction permanente		X (selon consentement éclairé)

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSO) - MOELLE OSSEUSE

Anémie	Anemia	<u>Légère</u> Prise de suppléments de fer en vente libre au besoin. Interdiction du don de sang en raison de la faiblesse du taux d'hémoglobine.	Accepter	Accepter Une évaluation médicale du CC pourrait être requise à la préparation au don.	La faiblesse des taux d'hémoglobine nuit au rétablissement du donneur.	
		<u>Modérée</u> Symptômes bénins, avec prise de médicaments sous ordonnance.	Accepter	Aviser le CT - évaluation médicale requise à la préparation au don. Il est possible que le donneur ne soit admissible qu'au don de cellules souches du sang périphérique.	La faiblesse du taux d'hémoglobine nuit au rétablissement du donneur.	
		<u>Grave</u> Prescription continue de suppléments de fer. Symptômes importants.	Interdiction permanente ou temporaire selon le plan de suivi médical.	Interdiction permanente ou temporaire selon le suivi médical.	La faiblesse du taux d'hémoglobine nuit au rétablissement du donneur.	
Anémie aplasique	Aplastic anemia		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Hémopathie	Risque de transmission d'hémopathie
Anémie falciforme (drépanocytaire)	Sickle cell anemia		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Hémopathie	Risque de transmission d'hémopathie
Anémie hémolytique	Hemolytic anemia	<u>Origine médicamenteuse</u> Rétablissement complet	Accepter	Accepter	La faiblesse du taux d'hémoglobine nuit au rétablissement du donneur.	
		<u>Génétique</u>	Interdiction permanente	Interdiction permanente.	Hémopathie	Risque de transmission d'hémopathie

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

		<u>Pernicieuse</u> Niveaux de B12 contrôlés avec ou sans médicament.	Accepter	Informé le CT. Une évaluation du donneur par le CC à la préparation au don peut être nécessaire.	Effets sur les niveaux de B12 et le taux d'hémoglobine	Risque possible d'affection auto-immune
		<u>Pernicieuse</u> Carence en B12 ou le donneur présente des symptômes (fatigue, essoufflement).	Interdiction selon le traitement prévu et le calendrier de suivi médical	Interdiction selon le traitement prévu et le calendrier de suivi médical	Effets sur les niveaux de B12 et les taux d'hémoglobine	Risque possible d'affection auto-immune
Anesthésie (complications liés à)	Anaesthesia		Accepter	Aviser le CT. Évaluation médicale à la préparation au don (consultation en anesthésiologie).	Analyse des risques à l'évaluation médicale	
Anévrisme	Aneurysm		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Apnée du sommeil	Sleep apnea		Accepter	Aviser le CT qu'une évaluation médicale est requise à la préparation au don (consultation en anesthésiologie).	X	
Arrêt cardiaque	Cardiac arrest	Consulter la section C : Cardiopathies				
Artérite temporale	Temporal arteritis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Risque accru d'infection	Trouble immunitaire
Arthrite	Arthritis	Arthrose <u>Légère</u> Effets minimaux sur les activités quotidiennes	Accepter	Accepter Aviser le CT s'il y a atteinte au dos ou à la hanche. Une évaluation médicale peut être requise à la préparation au don.	Analyse des risques à l'évaluation médicale	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

		<u>Sévère</u> Effets fréquents sur les activités quotidiennes ou atteinte au dos ou à la hanche	Interdiction permanente	Interdiction permanente	Les symptômes graves peuvent être accrus par le G-CSF. Don de moelle osseuse impossible en cas d'atteinte au dos et à la hanche.	
		Rhumatisme palindromique	Interdiction permanente	Interdiction permanente	Le don ou le G-CFS peut provoquer l'apparition de symptômes. Risque d'évolution en arthrite rhumatoïde.	Risque d'affection auto-immune
		Rhumatisme psoriasique	Interdiction permanente	Interdiction permanente	Le don ou le G-CFS peut provoquer l'apparition de symptômes.	Risque d'affection auto-immune
		Arthrite réactive / Syndrome de Reiter	Interdiction permanente	Interdiction permanente	Le don ou le G-CFS peut provoquer l'apparition de symptômes.	Risque d'affection auto-immune
		Arthrite rhumatoïde	Interdiction permanente	Interdiction permanente	Le don ou le G-CFS peut provoquer l'apparition de symptômes.	Risque d'affection auto-immune
Arythmies	Arrhythmias	Consulter la section C : Cardiopathies				
Aspergillose	Aspergillosis	Active et inactive	Interdiction permanente.	Interdiction permanente		Risque d'infection
Asthme	Asthma	Symptômes contrôlés à l'aide d'inhalateurs	Accepter	Accepter		
		Dépendance aux stéroïdes par voie orale	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		Complications exigeant l'administration de stéroïdes par voie intraveineuse ou orale, ou des soins d'urgence.	Interdiction temporaire de 1 an suite aux complications	Interdiction temporaire de 1 an suite aux complications	X	

		Si attribuable à une allergie, se référer à «Allergies».				
Avortement	Abortion		Accepter	Accepter 6 semaines après l'intervention, si la donneuse est entièrement rétablie.	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT) /préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Babésiose	Babesiosis		Interdiction permanente	Interdiction permanente		X
Berger (maladie de)	Buerger's disease		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Vascularite	X
Bronchiectasie	Bronchiectasis	Consulter la section P : Pneumopathie				
Bronchite	Bronchitis	Consulter la section P : Pneumopathie				
Brucellose	Brucellosis		Interdiction permanente	Interdiction permanente		X

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT) /préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Calculs biliaires	Gall Stones		Accepter	Accepter si le rétablissement est complet.		
Cancer	Cancer	Cellules précancéreuses, incluant : - Cellules atypiques - Atypie cellulaire - Kératose actinique - Dysplasie cervicale	Accepter	Accepter		
		Cancer (carcinome) de la peau: Épithélioma baso-cellulaire ou spino-cellulaire traité avec succès	Accepter	Accepter		
		Carcinome in situ du col de l'utérus traité avec succès	Accepter	Accepter		
		Mélanome: se référer au critère	Voir critère	Voir critère		
		Leucémie et Lymphome: se référer aux critères	Voir critères	Voir critères		
		Autres types de cancer	Interdiction permanente	Interdiction permanente		X

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

		<p>Antécédent familial de cancer non hématologique et non listé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec composante héréditaire établie chez un parent du 1er degré du donneur (père-mère-frère-sœur) et chez un membre de la famille élargie (tout membre de la parenté consanguine) • Sans composante héréditaire établie chez un parent du 1er degré du donneur (père-mère-frère-sœur) et chez un membre de la famille élargie (tout membre de la parenté consanguine) 	<p>Approbation médicale</p> <p>Accepter</p>	<p>Approbation médicale</p> <p>Accepter</p>		
--	--	---	---	---	--	--

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

		<p>Antécédent familial de cancer hématologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec ou sans composante héréditaire établie chez un parent du 1er degré du donneur (père-mère-frère-sœur) • Avec composante héréditaire établie chez un membre de la famille élargie (tout membre de la parenté consanguine) • Sans composante héréditaire établie chez un membre de la famille élargie (tout membre de la parenté consanguine) 	<p>Interdiction permanente</p> <p>Approbation médicale Si accepté, avis transplantateur</p> <p>Accepter avec avis transplantateur</p>	<p>Interdiction permanente</p> <p>Approbation médicale Si accepté, avis transplantateur</p> <p>Accepter avec avis transplantateur</p>			
Cardiopathies	Heart conditions	Angine	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X		
		Sténose valvulaire aortique ou artérielle	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X		
		Arythmies					
		Fibrillation auriculaire	Accepter uniquement si le rythme a été restauré par ablation cardiaque ou ablation des veines pulmonaires.	Accepter uniquement si le rythme a été restauré par ablation cardiaque ou ablation des veines pulmonaires.	X		
		Bradycardie	Accepter si le donneur a une bonne forme physique, qu'il est actif et qu'il ne suit aucun traitement ni ne prend de médicaments pour le cœur.	Accepter si le donneur a une bonne forme physique, qu'il est actif et qu'il ne suit aucun traitement ni ne prend de médicaments pour le cœur.	X		

Cardiopathies (suite...)	Heart conditions (suite...)	Blocage cardiaque Du 1er, 2e ou 3e degré, complet, ou bloc de branche	Interdiction permanente	Interdiction permanente.	Risque pour le donneur lié au processus de don.	
		Extrasystoles ventriculaires	Accepter si le donneur ne présente pas de symptôme et si les causes sous-jacentes ne constituent pas un motif d'interdiction.	Accepter si le donneur ne présente pas de symptôme et si les causes sous-jacentes ne constituent pas un motif d'interdiction.	X	
		Tachycardie sinusale	Accepter si le donneur ne présente pas de symptôme et s'il ne prend pas de médicament pour le cœur.	Accepter si le donneur ne présente pas de symptôme et s'il ne prend pas de médicament pour le cœur.	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

<p>Cardiopathies (suite...)</p>	<p>Heart conditions (suite...)</p>	<p>Tachycardie supraventriculaire</p>	<p>Accepter uniquement si le donneur ne présente pas de symptôme (ou n'a connu que de rares épisodes brefs) et s'il ne prend pas de médicament pour le cœur ou qu'il a subi avec succès une ablation cardiaque.</p>	<p>Vérification de typage (CT):</p> <p>Accepter si le donneur ne présente pas de symptôme (ou n'a connu que de rares épisodes brefs) et s'il ne prend pas de médicament pour le cœur ou qu'il a subi avec succès une ablation cardiaque.</p> <p>Aviser le TC - le donneur pourrait devoir faire l'objet d'une évaluation cardiaque à la préparation au don.</p> <p>Préparation au don : mêmes directives que pour la vérification de typage.</p> <p>Informé le CC de la possibilité d'une évaluation cardiaque pour confirmer la stabilité.</p>	<p>Risques possibles pour le donneur si son état n'est pas stable au moment du don.</p>	
		<p>Tachycardie ventriculaire</p>	<p>Interdiction permanente</p>	<p>Interdiction permanente</p>	<p>X</p>	
		<p>Syndrome de Wolff-Parkinson-White</p>	<p>Accepter si le donneur a subi avec succès une ablation cardiaque.</p>	<p>Accepter si le donneur a subi avec succès une ablation cardiaque.</p>		
		<p>Cardiomyopathie</p>	<p>Interdiction permanente</p>	<p>Interdiction permanente</p>	<p>X</p>	
		<p>Coronaropathie</p>	<p>Interdiction permanente</p>	<p>Interdiction permanente</p>	<p>X</p>	
		<p>Crise cardiaque/arrêt cardiaque (infarctus du myocarde)</p>	<p>Interdiction permanente</p>	<p>Interdiction permanente.</p>	<p>X</p>	
		<p>Chirurgie cardiaque/procédures diagnostiques</p>				

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSO) - MOELLE OSSEUSE

Cardiopathies (suite...)	Heart conditions (suite...)	Ablation (En cas de syndrome de Wolff-Parkinson-White, de tachycardie, de fibrillation auriculaire, etc.)	Accepter si l'état sous-jacent est rétabli (le donneur ne prend pas de médicament pour le cœur et ne reçoit pas de soins médicaux, et la maladie ne nuit pas à ses activités quotidiennes).	Accepter si l'état sous-jacent est rétabli (le donneur ne prend pas de médicament pour le cœur et ne reçoit pas de soins médicaux, et la maladie ne nuit pas à ses activités quotidiennes).		
		Angiogramme	Accepter si aucune affection n'a été détectée, aucun suivi n'est nécessaire et le donneur ne présente pas de symptôme.	Accepter si aucune affection n'a été détectée, aucun suivi n'est nécessaire et le donneur ne présente pas de symptôme.		
		Angioplastie	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		Intervention chirurgicale en cas de cardiopathie congénitale	Accepter si l'état sous-jacent est rétabli (le donneur ne prend pas de médicament pour le cœur et ne reçoit pas de soins médicaux, et la maladie ne nuit pas à ses activités quotidiennes).	Accepter si l'état sous-jacent est rétabli (le donneur ne prend pas de médicament pour le cœur et ne reçoit pas de soins médicaux, et la maladie ne nuit pas à ses activités quotidiennes).		
		Pontage coronarien	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		Installation d'une endoprothèse (Stent)	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		Stimulateur cardiaque (Pacemaker)	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		Péricardite	Accepter si le rétablissement est complet et que l'affection n'est pas chronique.	Accepter si le rétablissement est complet et que l'affection n'est pas chronique.		
Sténose pulmonaire orificielle ou artérielle	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X			

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

		Prolapsus valvulaire mitral, insuffisance valvulaire, souffle	Accepter si le donneur ne prend pas de médicament pour le cœur et ne reçoit pas de soins médicaux, que la maladie ne nuit pas à ses activités quotidiennes et qu'il n'a pas besoin de prophylaxie antibiotique avant une procédure invasive.	Accepter si le donneur ne prend pas de médicament pour le cœur et ne reçoit pas de soins médicaux, que la maladie ne nuit pas à ses activités quotidiennes et qu'il n'a pas besoin de prophylaxie antibiotique avant une procédure invasive.		
Carence en fer	Iron deficiency	Consulter la section A : Anémie				
Cellulite	Cellulitis		Accepter	Accepter si le rétablissement est complet.		Infection possible du receveur si le donneur n'est pas entièrement rétabli.
Cirrhose	Cirrhosis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X
Chlamydia	Chlamydia		Accepter	Accepter si le rétablissement est complet.		L'infection n'est pas liée à un risque accru d'autres maladies infectieuses et ne se transmet pas par le sang. Les antécédents sexuels peuvent révéler un comportement à risque élevé et appeler à l'exclusion.
Cholangite sclérosante	Sclerosing cholangitis		Interdiction permanente	Interdiction permanente.	Risque en raison d'un composant auto-immun.	Risque en raison d'un trouble immunitaire et d'une composante génétique.
Chorée de Huntington	Huntington's Chorea		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Risque pour le donneur en raison de la nature progressive et dégénérative de la maladie.	Risque pour le receveur en raison de la nature génétique et héréditaire de la maladie.

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Colite (non ulcéreuse)	Colitis (non ulcerative)		Accepter	Consulter le directeur médical au besoin. Les causes sous-jacentes détermineront l'admissibilité au don. Aviser le CT d'un risque possible pour le receveur à la préparation au don.	Les causes déterminent le risque pour le donneur.	Les causes déterminent le risque pour le receveur.
Colite ulcéreuse Même s'il y a eu ablation du côlon ou de l'intestin par colectomie.	Ulcerative colitis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Risques liés au processus de don.	
Coma	Coma		Accepter si la cause sous-jacente n'est pas un motif d'interdiction.	Accepter si la cause sous-jacente n'est pas un motif d'interdiction.		
Convulsions	Seizures		Accepter si le donneur ne prend pas de médicament et qu'il n'a pas connu de crise depuis les deux dernières années.	Accepter si le donneur ne prend pas de médicament et qu'il n'a pas connu de crise depuis les deux dernières années.		
Coronaropathie/ maladie artérielle périphérique	Coronary disease/ peripheral arterial disease		Interdiction permanente	Interdiction permanente.	X	
Creutzfeldt-Jakob (ESB humaine, MCJ), maladie de (y compris les formes sporadique, familiale et classique)	Creutzfeldt-Jakob disease (CJD)	Malade	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Transmission de la MCJ
		Type familial: Sujet apparenté par le sang à une personne (parent, enfant, frère, sœur) chez qui on a posé un diagnostic de MCJ	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Risque accru de contracter la maladie.
		Antécédents de greffe de dure-mère	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Risque accru de contracter la maladie.

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

Creutzfeldt-Jakob – variante (vMCJ), maladie de	Creutzfeldt-Jakob disease (vCJD)	Malade	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Transmission de la maladie.
		Le donneur a passé un total cumulatif de 6 mois ou plus en Arabie saoudite entre le 1 ^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 1996.	Accepter	Aviser le CT.		Il est possible que le risque soit peu préoccupant pour les CT européens.
		Le donneur a passé un total cumulatif de 3 mois ou plus au Royaume-Uni entre le 1 ^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 1996 Territoires concernés: Angleterre, Écosse, Îles Anglo-Normandes (île de Guernesey, île de Jersey), Île de Man, Irlande du Nord, Pays de Galles.	Accepter			

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

		<p>Le donneur a passé un total cumulatif de 3 mois ou plus en France entre le 1er janvier 1980 et le 31 décembre 1996</p> <p>Territoires non concernés: Guyane Française, Guadeloupe, Ile de la Réunion, Marie-Galante, Martinique, Mayotte, Miquelon, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française (incluant Tahiti), Saint-Bathélémy, Saint-Martin, Saint-Pierre, Wallis-et-Futuna.</p>				
		<p>Le donneur a passé un total cumulatif de 5 ans ou plus en Europe de l'Ouest depuis le 1er janvier 1980.</p> <p>Territoires concernés: Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Gibraltar, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, République d'Irlande, Suisse.</p>	<p>Accepter</p>	<p>Aviser le CT.</p>		<p>Il est possible que le risque soit peu préoccupant pour les CT européens.</p>

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

		Le donneur a reçu une transfusion sanguine (sang, globules rouges, plaquettes ou plasma) en France, au Royaume-Uni ou dans un autre pays d'Europe de l'Ouest depuis le 1 ^{er} janvier 1980.	Accepter	Aviser le CT.		Il est possible que le risque soit peu préoccupant pour les CT européens.
Crohn, maladie de	Crohn's disease		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Cystite interstitielle chronique ou infectieuse			Accepter	Aviser le CT.	X	Composant infectieux possible

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Déficienc e en facteur V Leiden	Factor V Leiden deficiency		Accepter	Aviser le CT.	Préoccupations s'il y a des antécédents de thrombose veineuse profonde. La prise de mesures prophylactiques supplémentaires contre la thrombose veineuse profonde pourrait être nécessaire.	
Déficienc e en IgA	IgA Deficiency	Asymptomatique	Accepter	Accepter		
		Symptomatique (infections fréquentes)	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X
Déficienc e mentale	Mentally Handicapped		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Déficit en acétylcholinestérase	Acetylcholinesterase Deficiency		Accepter	Aviser le CT et le CC.	Analyse des risques à l'évaluation médicale.	
Déficit en G6PD	G6PD Deficiency		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X
Déficit en pseudo cholinestérase	Pseudocholinesterase Deficiency		Accepter	Accepter et informer le CT et le CC.	Si l'anesthésiste en est informé, il n'y a pas de risque accru lié à l'anesthésie générale.	
Dépression	Depression	Consulter la section T : Trouble psychiatrique				
Diabète	Diabetes	Stabilisé par un régime alimentaire ou par la prise de médicaments oraux	Accepter	Accepter	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

		Insipide	Interdiction permanente	Interdiction permanente	Entraîne des troubles de régulation des fluides, la déshydratation et un déséquilibre électrolytique.	Les causes sont parfois inconnues et elles sont génétiques dans certains cas.
		Insulinodépendant	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Diphthérie	Diphtheria		Accepter	Accepter lorsque le donneur est rétabli. Informé le CT.		Le patient peut demeurer porteur même s'il est rétabli et ne présente pas de symptômes.
Diverticulite / Diverticulose	Diverticulitis / Diverticulosis	Un seul épisode - rétablissement complet	Accepter	Accepter		
		Plus d'un épisode au cours des 12 derniers mois	Accepter	Interdiction temporaire pendant 12 mois suivant le dernier épisode.	Le risque élevé de récurrence peut avoir des répercussions sur le processus de don.	
		Antécédents d'affection récurrente	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Donneur d'organe (rein, foie)	Organ donor (kidney, liver)		Accepter	Accepter si le rétablissement est complet et que l'organe restant n'a pas de déficience fonctionnelle.	Risque possible pour le donneur si l'organe restant n'est pas entièrement fonctionnel.	
Douleurs dorsales ou à la colonne	Back or Spine Pain/Problem	Légères ou occasionnelles	Une affection sous-jacente peut constituer un motif d'interdiction (cancer, tumeur, arthrite rhumatoïde, etc.) Accepter	Accepter Informé le CT. Évaluation médicale par le CC requise à la préparation au don.	Le prélèvement de moelle osseuse peut aggraver la douleur ou une affection sous-jacente, ou en provoquer l'apparition.	
		Passées ou courantes (Disque hernié/hernie discale - dos ou cou).	Accepter uniquement pour le don de cellules souches du sang périphérique.	Aviser le CT. Le donneur n'est admissible qu'au don de cellules souches du sang périphérique.	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

		Graves, chroniques ou intervention chirurgicale au dos	Accepter uniquement pour le don de cellules souches du sang périphérique.	Aviser le CC et le CT Accepter uniquement pour le don de cellules souches du sang périphérique.	X	
		Scoliose	Accepter uniquement si le donneur n'a jamais subi d'intervention chirurgicale au dos et qu'il n'a pas de déficience fonctionnelle.	Accepter uniquement si le donneur n'a jamais subi d'intervention chirurgicale au dos et qu'il n'a pas de déficience fonctionnelle.	X	
		Spina-bifida - Occulta	Accepter uniquement pour le don de cellules souches du sang périphérique.	Aviser le CC et le CT. Le donneur n'est admissible qu'au don de cellules souches du sang périphérique.	X	
		Spina-bifida - Autre	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Drogues	Drugs	Consulter la section T : Toxicomanie				
Dysplasie cervicale / Test PAP anormal	Cervical dysplasia / Abnormal PAP Smear		Accepter	Accepter si un test Pap subséquent est normal et si aucune autre évaluation médicale n'est nécessaire.		X
Dystrophie musculaire	Muscular Dystrophy		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT) /préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Eczéma	Eczema		Accepter	Accepter		
Électrolyse	Electrolysis	Consulter la section M : Maladies infectieuses, comportements à risque				
Embolie pulmonaire	Pulmonary embolism	Consulter la section P : Pneumopathie				
Emphysème	Emphysema	Consulter la section P : Pneumopathie				
Encéphalite (étiologie infectieuse ou inconnue)	Encephalitis (infectious or unknown etiology)		Interdiction de 3 mois après la phase active de la maladie (phase active: présence de signes et symptômes et nécessite un suivi médical)	Interdiction de 3 mois après la phase active de la maladie (phase active: présence de signes et symptômes et nécessite un suivi médical)		X
Épilepsie	Epilepsy	Consulter la section C : Convulsions				
Évanouissement	Fainting	Occasionnel en raison d'une syncope vaso-vagale	Accepter	Accepter Une évaluation médicale sera peut-être requise à la préparation au don.	X	
		Récurrent	Interdiction permanente	Les causes sous-jacentes détermineront l'admissibilité au don. Aviser le CC.	X	

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Fibromyalgie	Fibromyalgia		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Fibrose kystique	Cystic fibrosis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Porteur de fibrose kystique (anticorps de type K)	Cystic fibrosis carrier (K antibody)		Accepter	Accepter		
Fièvre Q	Q fever		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Fièvre rhumatismale	Rheumatic fever		Accepter si les valves cardiaques ne sont pas atteintes.	Accepter si les valves cardiaques ne sont pas atteintes.	X	
Fièvre typhoïde	Typhoid fever		Accepter	Accepter lorsque le donneur est rétabli.	Risque si le donneur est malade.	Risque si le donneur est malade.

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Glaucome	Glaucoma		Accepter	Accepter		
Gonorrhée	Gonorrhea		Interdiction temporaire de 12 mois après la fin du traitement.	Interdiction temporaire de 12 mois après la fin du traitement.		X
Goutte	Gout		Accepter	Accepter		
Grave/Basedow, maladie de	Grave's disease (Basedow)	Cosulter la section T : Thyroïde				
Grefe	Graft	Consulter la section T : Transplantation				
Grefe cornéenne	Corneal graft	Consulter la section T : Transplantation				
Grefe de dure-mère	Dura mater graft	Consulter la section T : Transplantation				
Grefe de moelle osseuse	Bone marrow graft	Consulter la section T : Transplantation				
Grossesse	Pregnancy		Accepter	Interdiction temporaire de 6 mois après l'accouchement.		
Grossesse molaire	Molar pregnancy		Interdiction permanente	Interdiction permanente		X

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Hémochromatose	Hemochromatosis		Accepter s'il n'y a pas de dysfonction des organes cibles (cirrhose, insuffisance cardiaque).	Accepter s'il n'y a pas de dysfonction des organes cibles (cirrhose, insuffisance cardiaque).	X	X
Hémophilie	Hemophilia		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X
Hémophilie porteur	Hemophilia carrier		Accepter	Accepter		
Hépatite A	Hepatitis A		Accepter	Accepter si le donneur est rétabli (6 mois à partir du diagnostic) et aviser le CT.		
Hépatite A – entourage ou partenaire sexuel	Hepatitis A - Household or sexual contact		Accepter	Accepter et aviser le CT.		X
Hépatite B	Hepatitis B	Guérie (AgHBs négatif, anti-HBc positif et TAN VHB négatif)	Accepter	Accepter et aviser le CT.		Risques de maladies infectieuses
		Aiguë ou chronique	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Risques de maladies infectieuses
		Entourage (personne vivant sous le même toit)	Interdiction de 12 mois après le dernier contact	Interdiction de 12 mois après le dernier contact		Risques de maladies infectieuses
		Partenaire sexuel	Interdiction de 12 mois après le dernier contact sexuel	Interdiction de 12 mois après le dernier contact sexuel		Risques de maladies infectieuses
Hépatite C	Hepatitis C	Malade: Antécédents ou cliniquement actif	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Risques de maladies infectieuses
		Personne exposée - entourage (personne vivant sous le même toit)	Interdiction de 12 mois après le dernier contact	Interdiction de 12 mois après le dernier contact		Risques accrus de maladies infectieuses
		Personne exposée - partenaire sexuel	Interdiction de 12 mois après le dernier contact sexuel	Interdiction de 12 mois après le dernier contact sexuel		Risques accrus de maladies infectieuses

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

Hépatite E	Hepatitis E	Malade	Interdiction de 6 mois après la disparition des signes et symptômes	Interdiction de 6 mois après la disparition des signes et symptômes		Risques accrus de maladies infectieuses
		Personne exposée - entourage (personne vivant sous le même toit) et partenaire sexuel	Interdiction de 12 mois à partir du diagnostic du malade	Interdiction de 12 mois à partir du diagnostic du malade		Risques accrus de maladies infectieuses
Hépatite d'étiologie inconnue (du donneur ou du médecin)	Hepatitis - unknown etiology (from donor or physician)	Malade	Interdiction de 6 mois après la disparition des signes et symptômes ou du diagnostic si aucun signe et symptôme	Interdiction de 6 mois après la disparition des signes et symptômes ou du diagnostic si aucun signe et symptôme		Risques accrus de maladies infectieuses
		Personne exposée-entourage et partenaire sexuel <u>Aiguë</u>	Interdiction de 12 mois à partir du diagnostic du malade	Interdiction de 12 mois à partir du diagnostic du malade		Risques accrus de maladies infectieuses
		Personne exposée-entourage <u>Chronique</u> (implique un suivi médical à vie)	Interdiction de 12 mois après le dernier contact	Interdiction de 12 mois après le dernier contact		Risques accrus de maladies infectieuses
		Personne exposée-partenaire sexuel <u>Chronique</u> (implique un suivi médical à vie)	Interdiction de 12 mois après le dernier contact sexuel	Interdiction de 12 mois après le dernier contact sexuel		Risques accrus de maladies infectieuses
Hépatite liée à:	Hepatitis	- une cause non virale (médicament, grossesse, obstruction des canaux biliaires, syndrome de Gilbert)	Accepter si le rétablissement est complet	Accepter si le rétablissement est complet		
		- la mononucléose	Interdiction de 6 mois après la disparition des signes et symptômes de la mononucléose	Interdiction de 6 mois après la disparition des signes et symptômes de la mononucléose		Risques accrus de maladies infectieuses
Herpès simplex - Labial	Labial herpes		Accepter	Accepter		

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSO) - MOELLE OSSEUSE

Herpès simplex - Génital	Genital herpes		Accepter	Accepter. Aviser le CT si les lésions ne sont pas guéries.		X
Hirsutisme	Hirsutism		Accepter	Accepter		
Histoplasmose	Histoplasmosis		Interdiction de 3 mois après la disparition des signes et symptômes.	Interdiction de 3 mois après la disparition des signes et symptômes.	X	X
Hormone de croissance hypophysaire d'origine humaine	Pituitary Growth Hormone of Human Origin	Si administrée au Canada ou aux USA avant 1986	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Risque théorique de transmission de la MCJ
		Si administrée au Canada ou aux USA en 1986 et après	Accepter	Accepter		Des hormones synthétiques étaient disponibles.
		Pour tous les autres pays, en tout temps	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Type d'hormones utilisées inconnu
Hospitalisation	Hospitalization		Accepter si le rétablissement est complet et que les causes sous-jacentes ne constituent pas un motif d'interdiction.	Accepter si le rétablissement est complet et que les causes sous-jacentes ne constituent pas un motif d'interdiction.	Risques possibles pour le donneur s'il n'est pas rétabli.	Risques possibles pour le receveur s'il y a des causes sous-jacentes.
HTLV (virus de la leucémie à lymphocytes T humain)	Human T-cell leukemia/lymphoma virus (HTLV)		Interdiction permanente	Interdiction permanente		Peut entraîner la leucémie ou un lymphome
Hyperplasie bénigne de la prostate	Benign prostatic hyperplasia		Accepter	Accepter s'il n'y a pas de dysfonction urinaire importante.		
Hypertension	Hypertension		Accepter	Accepter - une évaluation pourrait être requise à la préparation au don pour établir les causes, les médicaments utilisés, la stabilité, etc.	X	
Hyperthermie maligne	Malignant hyperthermia	Antécédents chez le donneur ou des parents de premier degré.	Accepter uniquement pour le don de cellules souches du sang périphérique.	Aviser le CT que le donneur n'est admissible qu'au don de cellules souches du sang périphérique.	Le prélèvement de moelle osseuse présente un risque en raison de l'anesthésie.	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

Hypoglycémie	Hypoglycemia		Accepter	Accepter - une évaluation pourrait être requise à la préparation au don pour établir les causes, les médicaments utilisés, la stabilité, etc.	X	
Hypotension	Hypotension		Accepter	Accepter - une évaluation pourrait être requise à la préparation au don pour établir les causes, les médicaments utilisés, la stabilité, etc.	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Ictère (jaunisse)	Jaundice	Néonatal	Accepter	Accepter		
Incarcération	Incarceration	Consulter la section M : Maladies infectieuses, comportement à risque				
Infarctus du myocarde	Heart Attack/Cardiac Arrest (Myocardial Infarction)	Consulter la section C : Cardiopathies				
Infirmité motrice cérébrale	Cerebral palsy	Bonne compréhension et mobilité	Accepter	Aviser le CT - une évaluation médicale pourrait être requise à la préparation au don	Analyse des risques à l'évaluation médicale	
		Faible compréhension ou mobilité	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Influenza	Influenza		Accepter	Accepter et aviser le CT.		
Insomnie fatale familiale	Fatal familial insomnia		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	Maladie à prion
Insuffisance surrénalienne	Adrenal gland failure		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Intervention chirurgicale	Surgery		Accepter si la cause sous-jacente ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter si la cause sous-jacente ne constitue pas un motif d'interdiction.	X	X
Iritis	Iritis		Accepter uniquement pour le don de moelle osseuse.	Aviser le CT que le donneur n'est admissible qu'au don de moelle osseuse.	L'iritis constitue un effet secondaire possible du G-CSF.	

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Kuru	Kuru		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Maladie à prion	Risque élevé de transmission d'une maladie à prion.

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur	
Leishmaniose	Leishmaniasis		Interdiction permanente	Interdiction permanente		Risque de transmission de parasites.	
Lèpre	Leprosy		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X		
Leucémie	Leukemia	Malade	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X	
		Antécédent familial :					Risque accru de transmission de maladie.
		• Avec composante héréditaire établie : Chez un parent du 1er degré du donneur (père-mère-frère-sœur)	Interdiction permanente	Interdiction permanente			
		Chez un membre de la famille élargie (tout membre de la parenté consanguine)	Approbation médicale Si accepté, avis transplantateur	Approbation médicale Si accepté, avis transplantateur			
• Sans composante héréditaire établie : Chez un parent du 1er degré du donneur (père-mère-frère-sœur)	Interdiction permanente	Interdiction permanente					
		Chez un membre de la famille élargie (tout membre de la parenté consanguine)	Accepter avec avis transplantateur	Accepter avec avis transplantateur			
Lupus	Lupus	Discoïde (facial)	Accepter	Accepter			

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

		Lupus érythémateux disséminé (LED)	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X
Lymphome	Lymphoma	Malade	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X
		Antécédent familial :				Risque accru de transmission de maladie.
		<ul style="list-style-type: none"> • Avec composante héréditaire établie : Chez un parent du 1er degré du donneur (père-mère-frère-sœur) 	Interdiction permanente	Interdiction permanente		
<ul style="list-style-type: none"> Chez un membre de la famille élargie (tout membre de la parenté consanguine) 	Approbation médicale Si accepté, avis transplantateur	Approbation médicale Si accepté, avis transplantateur				
		<ul style="list-style-type: none"> • Sans composante héréditaire établie : Chez un parent du 1er degré du donneur (père-mère-frère-sœur) 	Interdiction permanente	Interdiction permanente		
		<ul style="list-style-type: none"> Chez un membre de la famille élargie (tout membre de la parenté consanguine) 	Accepter avec avis transplantateur	Accepter avec avis transplantateur		

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSO) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Maladie cœliaque	Celiac Sprue		Accepter	Accepter		
Maladie de Chagas	Chagas disease	Maladie active	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Maladie tropicale infectieuse transmise par des insectes infectés - transmissible par le sang. Répandue en Amérique latine, incluant le Mexique
		Le donneur, sa mère ou sa grand-mère maternelle sont nés en Amérique latine, incluant le Mexique.	Accepter	Effectuer un test de dépistage de la maladie de Chagas et aviser le CT.		Risque accru de transmission.
		Le donneur a passé 1 mois consécutif ou plus en Amérique latine, incluant le Mexique	Accepter	Effectuer un test de dépistage de la maladie de Chagas et aviser le CT.		Risque accru de transmission.
Maladie de Charcot-Marie-Tooth	Charcot-Marie-Tooth disease		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Trouble neurologique héréditaire	X
Maladies génétiques - Déficit immunitaire (héréditaire)	Genetic diseases - Immune deficiency (hereditary)	Donneur et parenté consanguine (grands-parents, mère, père, frère, sœur, tante, oncle ou autre) avec diagnostic suivant:	Interdire	Interdire		Risque de transmission de maladie génétiques (héréditaire)
		Déficit immunitaire spécifique <u>À prédominance humorale :</u>				

		<ul style="list-style-type: none"> - Agammaglobulinémie liée au sexe, maladie de Bruton - Hypogammaglobulinémie commune d'expression variable - Déficit sélectif en immunoglobulines <p>À prédominance cellulaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microdélétion 22q11 (Syndrome de Di George) - Syndrome de Hong et Good - Syndrome de Nezelof - Déficit en purine nucléoside phosphorylase - Déficit isolé en lymphocytes T <p>Déficits combinés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit immunitaire combiné sévère par déficit en adénosine désaminase - Syndrome des lymphocytes dénudés - Amégacaryocytose congénitale avec anomalie du développement des lignées T et B - Syndrome de Wiskott-Aldrich - Ataxie télangiectasie - Autres déficits immunitaires combinés par déficit enzymatique <p>Autre déficit immunitaire constitutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acrodermatitis enteropathica 				
--	--	---	--	--	--	--

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

		<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome à Hyper IgE - Certains déficits fonctionnels du système immunitaire non spécifiés autrement 				
		Déficit en protéines du complément				
		Déficit de l'activité du macrophage et du polynucléaire				
		<ul style="list-style-type: none"> - Granulomatose septique - Déficit en myéloperoxydase - Syndrome de Chediak Higashi - Dysfonctionnement de l'actine - Syndrome de Shwachman 				
		Agranulocytose congénitale				
		Déficits en précurseurs lymphocytaires				
		Antécédent familial pour diagnostic cité plus haut	Accepter	Accepter		
		Un membre de la famille du père ou de la mère du donneur a une des maladies citées plus haut, mais le père <u>et</u> la mère du donneur ont eu un test de dépistage négatif				
Maladies génétiques - Déficit en gammaglobuline	Genetic diseases - Gamma globulin deficiency	Père ou mère	Interdire	Interdire		Risque de transmission de maladie génétiques (héréditaire)

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSO) - MOELLE OSSEUSE

		Autres - Drépanocytose - Maladies hémolytiques héréditaires - Déficit en triose phosphate-isomérase - Déficit en pyruvate-kinase - Déficit en glucose-phosphate-isomérase - Porphyrie érythropoïétique - Méthémoglobinémie congénitale - Anémies mégalo-blastiques - Maladies hématologiques en rapport avec un syndrome de cassure chromosomique - Thrombopathies et thrombopénies constitutionnelles	Interdire	Interdire		Risque de transmission de maladie génétiques (héréditaire)
Maladies génétiques - Autres	Genetic diseases - Others		Consulter le directeur médical.	Consulter le directeur médical.		Risque de transmission de maladie génétiques (héréditaire)
Maladies infectieuses, comportements à risque dans les 12 derniers mois	Infectious disease, Risk Behavior <u>In the past 12 months</u>	Le donneur a eu une relation sexuelle en échange d'argent ou de drogue au cours des 12 derniers mois.	Interdiction de 12 mois	Interdiction de 12 mois		Risque accru de maladies transmissibles.

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

		Le donneur s'est injecté des drogues ou des médicaments (de façon intra-veineuses, intramusculaires ou sous-cutanée) pour des motifs non médicaux au cours des 12 derniers mois.	Interdiction de 12 mois	Interdiction de 12 mois		Risque accru de maladies transmissibles.
Maladies infectieuses, comportements à risque <u>dans les 12 derniers mois</u>	Infectious Disease, Risk Behavior <u>In the past 12 months</u>	Au cours des 12 derniers mois, le donneur a eu une relation sexuelle avec une personne qui a eu une relation sexuelle en échange d'argent ou de drogue au cours des 12 derniers mois.	Interdiction de 12 mois	Interdiction de 12 mois		Risque accru de maladies transmissibles.
		Au cours des 12 derniers mois, le donneur a eu une relation sexuelle avec un homme.	Accepter	Accepter avec Avis Transplantateur :		Risque accru de maladies transmissibles.

				<p><u>Version anglaise (ajouter les détails connus) :</u> The donor answered «yes» to the following question : «<i>In the past 12 months, have you had sex with a man ?</i>» This response does not exclude a donor from donation, but suggests that the donor may be at increased risk for transmission of communicable disease to the transplant recipient. As a result, the donor may be considered an ineligible donor.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSO) - MOELLE OSSEUSE

				<p><u>Version française (ajouter les détails connus) :</u> Le donneur a répondu «oui» à la question suivante : <i>«Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme ?»</i> Cette réponse n'exclut pas ce donneur pour le don, mais suggère que ce donneur est à risque accru pour la transmission de maladies infectieuses au receveur. Le donneur pourrait donc être considéré comme inadmissible.</p>		
		<p>Au cours des 12 derniers mois, la donneuse a eu une relation sexuelle avec un homme qui a eu une relation sexuelle avec un</p>	<p>Accepter</p>	<p>Accepter avec Avis Transplantateur :</p>		<p>Risque accru de maladies transmissibles.</p>

		homme au cours des 12 derniers mois.		<p><u>Version anglaise (ajouter les détails connus) :</u></p> <p>The donor answered «yes» to the following question : <i>«In the last 12 months, have you had sex with a man who has had sex with a man in the past 12 months?»</i></p> <p>This response does not exclude a donor from donation, but suggests that the donor may be at increased risk for transmission of communicable disease to the transplant recipient. As a result, the donor may be considered an ineligible donor.</p>		
--	--	--------------------------------------	--	---	--	--

				<p><u>Version française (ajouter les détails connus) :</u> Le donneur a répondu «oui» à la question suivante : <i>«Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme qui a eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois?»</i> Cette réponse n'exclut pas ce donneur pour le don, mais suggère que ce donneur est à risque accru pour la transmission de maladies infectieuses au receveur. Le donneur pourrait donc être considéré comme inadmissible.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

		Au cours des 12 derniers mois, le donneur a eu une relation sexuelle avec une personne qui s'est injectée des drogues ou des médicaments (de façon intraveineuses, intramusculaires ou sous-cutanée) pour des motifs non médicaux au cours des 12 derniers mois.	Interdiction de 12 mois	Interdiction de 12 mois		Risque accru de maladies transmissibles.
		Au cours des 12 derniers mois, le donneur a eu une relation sexuelle avec une personne qu'il savait ou soupçonnait être infectée par le VIH, le VHB cliniquement actif ou le VHC cliniquement actif.	Interdiction de 12 mois	Interdiction de 12 mois		Risque accru de maladies transmissibles.
		Au cours des 12 derniers mois, le donneur a été détenu dans un centre de détention pour jeunes contevenants, une prison ou un pénitencier pendant plus de 72 heures consécutives.	Interdiction de 12 mois	Interdiction de 12 mois		Risque accru de maladies transmissibles.
Maladies infectieuses, comportement à risque	Infectious Disease, Risk Behavior	<u>Acupuncture / Électrolyse / Percage des oreilles ou d'une</u>				Risque accru de maladies transmissibles.

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

dans les 6 derniers mois	In the past 6 months	Si aiguilles personnelles ou à usage unique utilisées	Accepter	Accepter		
		Si autres aiguilles utilisées	Interdiction de 6 mois	Interdiction de 6 mois		Risque accru de maladies transmissibles.
		<u>Tatouage ou maquillage permanent:</u> Si utilisation d'instruments/encres personnels ou à usage unique	Accepter	Accepter		
		Si utilisation d'instruments/encres partagés (non personnel)	Interdiction de 6 mois	Interdiction de 6 mois		Risque accru de maladies transmissibles.
		<u>Donneur exposé à du sang qu'il savait ou soupçonnait être infecté par le VIH, le VHB ou le VHC à la suite d'une inoculation percutanée ou d'un contact avec une plaie ouverte, une peau non intacte ou une muqueuse.</u>	Interdiction de 6 mois	Interdiction de 6 mois		Risque théorique de maladies transmissibles.
Maladie de Legg-Perthes-Calvé	Legg-Perthes-Calvé Syndrome		Accepter uniquement pour le don de cellules souches du sang périphérique.	Aviser le CT que le donneur n'est admissible qu'au don de cellules souches du sang périphérique.	Risque du don de moelle osseuse pour le donneur en raison de l'atteinte à l'articulation de la hanche.	
Maladie de Lyme	Lyme Disease		Accepter	Interdiction jusqu'à la		X
Maladie mentale	Mental illness	Consulter la section T : Trouble psychiatrique				

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Maladie de Parkinson	Parkinson's disease		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Maladie polykystique	Polycystic kidney	Consulter la section N :				
Maladie de Raynaud	Raynaud's disease		Accepter La maladie sous-jacente peut être un motif d'interdiction.	Accepter La maladie sous-jacente peut être un motif d'interdiction.		
Maladie de Von Willebrand	Von Willebrand's Disease		Accepter si la maladie est légère et asymptomatique.	Accepter si la maladie est légère et asymptomatique. Aviser le CT	X	Anomalie héréditaire de la coagulation. Composante génétique
Maladie de Wilson	Wilson's Disease		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Malaria (paludisme)	Malaria	Malade ou antécédent de malaria	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Risque de paludisme.
		Voyage dans des régions endémiques (se référer au MCS D - sang)	Accepter	Aviser le CT si le voyage a eu lieu au cours des 3 dernières années.		Risque de paludisme.
Médicaments	Drugs		Accepter si la cause sous-jacente ne constitue pas un motif d'interdiction.	Accepter si la cause sous-jacente ne constitue pas un motif d'interdiction. Consulter le MCS D sang et signaler au CT tout médicament à risque pour le receveur.		
Mélanome	Melanoma		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSO) - MOELLE OSSEUSE

Méningite (étiologie infectieuse ou inconnue)	Meningitis (infectious or unknown etiology)		Interdiction de 3 mois après la phase active de la maladie (phase active: présence de signes et symptômes et nécessite un suivi médical)	Interdiction de 3 mois après la phase active de la maladie (phase active: présence de signes et symptômes et nécessite un suivi médical)		X
Migraines	Migraine		Accepter	Accepter	Le G-CSF ou le stress lié au	
Mononucléose	Infectious		Interdiction de 6 mois après	Interdiction de 6 mois après la		X
MPOC	COPD	Consulter la section P :				
Myasthénie grave	Myasthenia Gravis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Narcolepsie	Narcolepsy		Accepter	Aviser le CT. Évaluation médicale requise à la préparation au don. Consultation en anesthésiologie.	X	
Néphropathies	Kidney problems	<u>Maladie aiguë</u>	Accepter	Accepter si le rétablissement est complet.	Risques possibles pour le donneur si les fonctions rénales sont inférieures à la normale.	
		<u>Glomérulonéphrite</u> Infection aiguë	Accepter	Interdiction jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.		
		<u>Glomérulonéphrite</u> Infection chronique ou liée à une maladie systémique (lupus, diabète, etc.), ou patient rétabli, mais connaissant une diminution de la fonction rénale.	Interdiction permanente	Interdiction permanente	Risques pour le donneur si les fonctions rénales sont inférieures à la normale.	Risque de transmission de la maladie systémique.
		<u>Rein unique</u> Ablation à la suite d'une maladie.	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		<u>Rein unique</u> Ablation à la suite d'une blessure ou d'un don, ou le donneur est né avec un seul rein.	Accepter si le rétablissement est complet et que les fonctions rénales sont normales.	Accepter si le rétablissement est complet et que les fonctions rénales sont normales.		

		<u>Maladie polykystique des reins</u>	Accepter si les fonctions rénales et la tension artérielle sont normales.	Accepter si les fonctions rénales et la tension artérielle sont normales.		
Neurofibromatose	Neurofibromatosis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSO) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Oreillons	Mumps	<u>Malade</u>	Accepter	Interdiction de 3 semaines après la disparition des signes et symptômes.		Le CT déterminera le risque pour le receveur.
		<u>Personne exposée</u>	Accepter	Vaccinée ou antécédent d'oreillons: accepter Non vaccinée et sans antécédent d'oreillons: interdiction de 4 semaines suivant l'exposition à un malade présentant des signes et symptômes.		
Ostéogénèse imparfaite	Osteogenesis imperfecta		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	Possible composante génétique.
Ostéomyélite	Osteomyelitis	<u>Infection aiguë</u>	Accepter	Interdiction jusqu'à la disparition des signes et symptômes et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis. Si l'infection a touché la colonne ou les hanches, aviser le CT.	Risque possible du don de moelle osseuse.	Risque d'infection.
		<u>Infection chronique</u>	Interdiction permanente	Interdiction permanente	Risque possible du don de moelle osseuse.	Risque d'infection.
Ostéoporose/Ostéopénie	Osteoporosis/Osteopenia	<u>Asymptomatique</u>	Accepter	Accepter	X	
		<u>Symptomatique</u> (douleurs osseuses ou fractures)	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Paralysie de Bell	Bell's palsy		Accepter	Accepter	X	X
Paraplégie	Paraplegia		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Pneumopathie	Lung problems	Bronchiectasie	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		Bronchite (Infection aiguë)	Accepter	Interdiction jusqu'à la fin du traitement aux antibiotiques		X
		Bronchite (Chronique)	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X
		MPOC	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		Emphysème	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		Perte d'un poumon, y compris lobectomie	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
		Pneumonie	Accepter	Interdiction jusqu'à la fin du traitement aux antibiotiques.		X
		Embolie pulmonaire	Accepter	Accepter		
		Sarcoïdose	Accepter	Accepter si le rétablissement est complet.		
		Pneumothorax spontané	Accepter	Accepter si le rétablissement est complet et qu'il n'y a aucune affection sous-jacente.		
		Tuberculose (malade)	Interdiction de 3 mois après l'arrêt des médicaments et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.	Interdiction de 3 mois après l'arrêt des médicaments et jusqu'à ce que le suivi médical ne soit plus requis.		X
Polio	Polio		Accepter	Interdiction durant la phase aiguë.	X	X
Polypes	Polyps		Accepter si non cancéreux.	Accepter si non cancéreux.		

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

Prison	Prison	Consulter la section M : Maladies infectieuses, comportement à risque				
Produits sanguins, receveur de	Blood products, recipients		Accepter	Accepter et aviser le CT		Si transfusion ≤ 6 mois: risque de maladie transmissible et historique d'exposition aux antigènes Si transfusion > 6 mois: historique d'exposition aux antigènes
Prolapsus valvulaire mitral	Mitral valve prolapse	Consulter la section C : Cardiopathies				
Pseudo-polyarthrite rhyzomélisque	Polymyalgia Rheumatica		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Psoriasis	Psoriasis	Léger (petites plaques isolées; prise de médicaments par voie orale non requise)	Accepter	Accepter s'il n'y a pas d'atteinte à proximité des points de prélèvement.	X	X
		Grave (prise de médicaments par voie orale)	Interdiction permanente	Interdiction permanente	Possibilité accrue que les points de prélèvement soient touchés.	
Purpura thrombopénique idiopathique (PTI)	Idiopathic thrombocytopenic purpura	Consulter la section T : Thrombocytopénie				

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Quadriplégie	Quadriplegia		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Rage	Rabies	Malade	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Maladie incurable transmissible.
		Vacciné en prophylaxie	Accepter	Consulter la section V: Vaccination		
		Mordu et traité comme si l'animal avait la rage	Interdiction de 12 mois après la morsure.	Interdiction de 12 mois après la morsure.		Risque accru de transmission de la maladie.
Receveur d'organe	Organ transplant recipient	Consulter la section T : Transplantation/Greffe				
Remplacement de la hanche	Hip replacement		Accepter si le rétablissement est complet, s'il n'y a pas de douleurs chroniques et si les causes sous-jacentes ne constituent pas un motif d'interdiction.	Accepter si le rétablissement est complet, s'il n'y a pas de douleurs chroniques et si les causes sous-jacentes ne constituent pas un motif d'interdiction.		
			Dons de cellules souches du sang périphérique seulement.	Aviser le CT que le donneur n'est admissible qu'au don de cellules souches du sang périphérique.	Risque pour le donneur de moelle osseuse en raison de l'effet de la procédure sur la région de la hanche.	
Rosacée	Rosacea		Accepter	Accepter		
Rougeole	Measles	Malade	Accepter	Interdiction de 3 semaines après la disparition des signes et symptômes		
		Personne exposée	Accepter	Vacciné ou antécédent: accepter		
				Non vacciné et sans antécédent: interdiction de 4 semaines suivant l'exposition à un malade présentant des signes et symptômes		

Rubéole	Rubella	Malade	Accepter	Interdiction de 3 semaines après la disparition des signes et symptômes		
		Personne exposée	Accepter	Vacciné ou antécédent: accepter		
				Non vacciné et sans antécédent: interdiction de 4 semaines suivant l'exposition à un malade présentant des signes et symptômes		

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Sarcoïdose	Sarcoidosis	Consulter la section P : Pneumopathies				
Sarcome de Kaposi	Kaposi's sarcoma		Interdiction permanente	Interdiction permanente		Tumeur attribuable au virus herpétique 8 d'origine humaine
Sclérodémie	Scleroderma		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Risque en raison d'un composant auto-immun.	Risque en raison d'un composant auto-immun.
Sclérose en plaques	Multiple sclerosis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Affection neurologique	
Sclérose latérale amyotrophique	Amyotrophic lateral sclerosis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Affection neurologique	
Scoliose	Scoliosis	Consulter la section D : Douleurs dorsales ou à la colonne				
Septicémie	Septicemia		Accepter	Interdiction jusqu'au rétablissement complet	X	X
Sphérocytose héréditaire	Hereditary spherocytosis		Interdiction permanente	Interdiction permanente		Trouble érythrocytaire Anomalie relative aux globules rouges
Spina-bifida	Spina-bifida	Consulter la section D : Douleurs dorsales ou à la colonne				
Splénectomie	Splenectomy	Post-traumatique	Accepter	Accepter si le rétablissement est complet.	X	
		Autre	Accepter si la cause sous-jacente ne constitue pas un motif d'exclusion.	Accepter si la cause sous-jacente ne constitue pas un motif d'exclusion.	X	
Spondylite ankylosante	Ankylosing spondylitis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)	Malade	Accepter	Interdiction jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt des antibiotiques		X

EN VIGUEUR

		Porteur et personne exposée	Accepter	Accepter		
--	--	-----------------------------	----------	----------	--	--

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

Syncope vaso-vagale	Vasovagal syncopy	Consulter la section E : Évanouissement				
Syndrome d'insensibilité aux androgènes	Androgen insensitivity syndrom		Accepter	Accepter	Analyse des risques à l'évaluation médicale.	Composante génétique
Syndrome de Cogan	Cogan's syndrome		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Le syndrome peut avoir des effets généraux sur la santé, p. ex. aortite, maladie auto-immune, etc.	
Syndrome du côlon irritable	Irritable bowel syndrome		Accepter	Accepter		
Syndrome de Cushing	Cushing's syndrome		Interdiction permanente	Interdiction permanente	Complications possibles en raison de l'exposition prolongée à des niveaux élevés de cortisol. Symptômes fréquents: propension aux ecchymoses et mauvaise cicatrisation.	
Syndrome de fatigue chronique	Chronic fatigue syndrome		Accepter	Accepter si le donneur se sent bien.	Le G-CSF peut exacerber les symptômes.	
Syndrome de Gerstmann-Straussler-Scheinker	Gerstmann-Straussler-Scheinker syndrome		Interdiction permanente	Interdiction permanente		Maladie à prion
Syndrome de Gilles de La Tourette	Tourette syndrome		Accepter	Accepter		Le CT tiendra compte de la composante génétique.
Syndrome de Guillain-Barré	Guillain-Barré syndrome		Accepter	Interdiction jusqu'à la disparition des signes et symptômes et l'arrêt du suivi médical	X	
Syndrome de Marfans	Marfan's syndrome		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Syndrome de Ménière	Meniere's syndrome		Accepter	Accepter		
Syndrome des ovaires polykystiques	Polycystic ovarian syndrome		Accepter	Accepter		

Syndrome de Reiter	Reiter's syndrome	Consulter la section A : Arthrite				
Syndrome de Sjögren	Sjögren syndrome		Interdiction permanente	Interdiction permanente		Maladie auto-immune
Syndrome de Wolff-Parkinson-White	Wolff-Parkinson-White syndrome	Consulter la section C : Cardiopathies				
Syphilis	Syphilis		Interdiction permanente	Interdiction permanente		Risque de maladie transmissible

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Tatouage	Tattoo	Consulter la section M: Maladies infectieuses, comportement à risque				
Thalassémie	Thalassemia	Alpha, bêta, majeure	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	Trouble sanguin génétique
		Mineure, trait	Accepter	Accepter Aviser le CT	X	Risque évalué par le CT
Thrombocytopénie	Thrombocytopenia	Purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI)	Accepter si traité avec succès et sans rechute par médication et/ou splénectomie, et décompte plaquettaire normal.	Accepter si traité avec succès et sans rechute par médication et/ou splénectomie, et décompte plaquettaire normal.		Contractée dans l'enfance, la maladie est souvent virale et spontanément résolutive.
		Chronique	Interdiction permanente	Interdiction permanente		
Thrombose veineuse profonde	Deep vein thrombosis	Un seul épisode	Accepter	Accepter	X	
Toxicomanie	Drug addiction		Substance administrée par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous cutanée	Consulter la section M : Maladies infectieuses, comportements à risque		
			Toute substance consommée par une autre voie d'administration	Accepter	Accepter	
Toxoplasmose	Toxoplasmosis		Interdiction de 2 ans après la disparition des signes et symptômes.	Interdiction de 2 ans après la disparition des signes et symptômes.		Infection parasitaire
Trait drépanocytaire	Sickle cell trait		Accepter uniquement pour le don de moelle osseuse.	Aviser le CT que le donneur n'est admissible qu'au don de moelle osseuse.	X	
Transplantation/greffe	Transplant / Graft	<u>Autologue</u> (gencive , peau, os)	Accepter	Accepter si le rétablissement est complet.		

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSD) - MOELLE OSSEUSE

		<u>Allogéniques/ xénogreffes</u> Os, tissu, peau, tendon, cornée, etc.	Accepter	Interdiction de 6 mois		Risques de maladies infectieuses
		<u>Allogéniques</u> Dure-mère cadavérique d'origine humaine (membrane externe du cerveau).	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Risque de transmission de la MCJ
		<u>Allogéniques/ xénogreffes</u> Organe ou valvules cardiaques	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Tremblement essentiel	Essential tremor		Accepter	Accepter	Les tremblements risquent d'entraver le processus de prélèvement.	
Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)		Accepter	Accepter si bien maîtrisé.	Peut influencer sur la capacité du donneur à aller jusqu'au bout.	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCSO) - MOELLE OSSEUSE

Trouble psychiatrique	Psychiatric disorder	Anxiété / Dépression / Troubles alimentaires (anorexie boulimie) / Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	Accepter si le donneur n'a pas été hospitalisé au cours des 5 dernières années.	Accepter si l'affection est bien maîtrisée et si le donneur n'a pas été hospitalisé au cours des 5 dernières années.	Risques possibles pour le donneur en raison du stress lié au don, ce qui peut nuire à la capacité d'aller jusqu'au bout.	Peut nuire à la capacité du donneur d'aller jusqu'au bout.
		Trouble affectif bipolaire (psychose maniaco-dépressive) / Trouble de personnalité multiple / Schizophrénie (psychose)	Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	
Tuberculose	Tuberculosis	Consulter la section P : Pneumopathie				
Tumeurs	Tumors	Bénignes	Accepter	Accepter		
		Malignes	Consulter la section C : Cancer			
Typhus	Typhus		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Thyroïde	Thyroid					
			<u>Hyperthyroïdie/</u> <u>Maladie de Graves-</u> <u>Basedow</u> Donneur traité à l'iode radioactif.	Interdiction permanente	Interdiction permanente	
			<u>Hyperthyroïdie</u> Le donneur suit présentement un traitement autre qu'à l'iode radioactif.	Interdiction jusqu'à ce que le donneur soit en rémission depuis plus de 12 mois suivant le traitement ou l'intervention chirurgicale. <u>Après 12 mois:</u> Accepter uniquement pour le don de moelle osseuse.	Interdiction jusqu'à ce que le donneur soit en rémission depuis plus de 12 mois. <u>Après 12 mois:</u> Aviser le CT que le donneur n'est admissible qu'au don de moelle osseuse.	X
			<u>Hypothyroïdie</u> (y compris la thyroïdite de Hashimoto et la thyroïdectomie, si les causes sous-jacentes ne constituent pas un motif d'interdiction).			Risques possibles si les niveaux d'hormones thyroïdiennes ne sont pas équilibrés.
			Symptomatique et niveaux d'hormones thyroïdiennes non contrôlés.	Accepter si donneur traité avec succès depuis plus de 6 mois.	Donneur traité avec succès depuis plus de 6 mois.	
			Asymptomatique et niveaux d'hormones thyroïdiennes bien contrôlés par médication.	Accepter	Accepter	

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Ulcère (Peptique, duodéal)	Ulcer (Peptic, duodenal)		Accepter	Sans saignement: Interdiction jusqu'à la disparition des signes et symptômes Avec saignement: Interdiction de 6 mois	X	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Vaccination	Vaccinations		Accepter	À la vérification de typage : aucune mesure requise.		Le CT tiendra peut-être compte des effets possibles sur le receveur, attribuables à la réponse immunitaire du donneur à la vaccination.
				À la préparation au don : se référer au MCS D sang.		On pourrait demander au donneur de remettre la vaccination à plus tard dans la mesure du possible, ou que le TC souhaite modifier les dates du don.
		Vaccin COVID-19	Accepter	Si vaccination prévue durant processus de Work-Up obtenir l'avis médical.	Effet combiné G-CSF et Vaccin COVID-19 inconnus	

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Variole du singe	Monkeypox	Simienne	Accepter	<p>Infection (maladie) : Interdiction de 21 jours après le début des signes et symptômes. Entre 22 et 41 jours, obtenir l'avis médical.</p> <p>Contact (personne exposée) : Si le donneur a été en contact au cours des 6 dernières semaines avec une personne infectée à la variole du singe, interdiction de 21 jours après le dernier contact. Entre 22 et 41 jours, obtenir l'avis médical.</p> <p>Définition « Contact » : Contact avec la peau ou les sécrétions biologiques (ex. relation sexuelle), avec un objet contaminé (ex. vêtement) ou interaction face à face, sans masque, pendant plus de 3 heures (ex. habiter sous le même toit).</p>		Maladie potentiellement transmissible
Vascularite	Vasculitis		Interdiction permanente	Interdiction permanente	X	X
Vertige	Vertigo		Accepter	Accepter		
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Human Immunodeficiency Virus (HIV)	Résultat positif au VIH	Interdiction permanente	Interdiction permanente		Maladie transmissible
Virus de la leucémie à lymphocytes T humain (HTLV)	Human T-cell leukemia/lymphoma virus (HTLV)		Interdiction permanente	Interdiction permanente		Peut entraîner la leucémie ou un lymphome.

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

Virus du Nil occidental (VNO)	West Nile virus (WNV)		Les personnes qui ont fait l'objet d'un diagnostic médical d'infection au virus du Nil occidental (VNO) ou chez qui une telle infection a été suspectée (d'après les symptômes et [ou] les résultats de laboratoire ou une virémie confirmée au VNO) doivent être exclues pendant une période de 120 jours à compter de la date du diagnostic ou de la date du début de l'infection, selon la date la plus tardive. La décision d'utiliser les cellules dans une telle situation doit être soumise à l'approbation du directeur médical.	Les personnes qui ont fait l'objet d'un diagnostic médical d'infection au virus du Nil occidental (VNO) ou chez qui une telle infection a été suspectée (d'après les symptômes et [ou] les résultats de laboratoire ou une virémie confirmée au VNO) doivent être exclues pendant une période de 120 jours à compter de la date du diagnostic ou de la date du début de l'infection, selon la date la plus tardive. La décision d'utiliser les cellules dans une telle situation doit être soumise à l'approbation du directeur médical.		Maladie transmissible
Virus du papillome humain (VPH) (verruës génitales)	Papilloma virus (HPV) Genital warts)		Accepter	Accepter		
Virus - Arbovirus	Arbovirus	Voyages dans des zones à risque	Accepter	<p>Consulter le MCS D sang (critère "Voyages en zones à risque pour arbovirus") pour les zones à risques</p> <p>Si ≤ 21 jours entre le retour de la zone à risque et le régime préparatoire du patient ou le don (dépendamment lequel a lieu en premier): Accepter avec un avis au transplanteur.</p> <p>Si > 21 jours entre le retour de la zone à risque et le régime préparatoire du patient ou le don (dépendamment lequel a lieu en premier): Accepter</p>		Maladie transmissible
Virus COVID-19 (Coronavirus)	COVID-19 (Coronavirus)	<p>Diagnostic/suspicion d'infection¹</p> <p>¹ Un diagnostic de COVID-19 est "suspecté" uniquement s'il y a</p>	Accepter	Accepter avec avis transplanteur si < 14 jours depuis le début des symptômes.		Maladie potentiellement transmissible

MANUEL DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS (MCS D) - MOELLE OSSEUSE

		une consultation avec un professionnel de la santé et non pas une simple suspicion par le donneur lui-même.				
		Contact avec une personne ayant eu un diagnostic ou une suspicion d'infection à la COVID-19	Accepter	Accepter avec avis transplantateur si < 14 jours depuis le dernier contact. Préciser la date du dernier contact.		
Virus ZIKA	ZIKA virus	Maladie https://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html https://network.bethematchclinical.org/workarea/downloadasset.aspx?id=14882	Accepter	Accepter avec avis transplantateur si < 6 mois entre le début des symptômes et le régime préparatoire du receveur		Maladie transmissible
Vitiligo	Vitiligo		Accepter	Accepter		Le CT tiendra compte du composant immunitaire.
Voyage			Voir Creutzfeldt-Jakob, Malaria, Virus du Nil et Virus-Arbovirus	Voir Creutzfeldt-Jakob, Malaria, Virus du Nil et Virus-Arbovirus		Maladie transmissible

Critère	Critère (anglais)	Sous-type	Inscription/Analyse supplémentaire	Vérification de typage (CT)/préparation au don	Justification des risques pour le donneur	Justification des risques pour le receveur
Zona	Herpes zoster	Malade	Interdiction de 3 semaines après la guérison des lésions cutanées .	Interdiction de 3 semaines après la guérison des lésions cutanées .		
		Personne exposée	Vaccinée ou antécédent de varicelle: accepter	Vaccinée ou antécédent de varicelle: accepter		
			Non vaccinée et sans antécédent de varicelle: interdiction de 3 semaines suivant la dernière exposition.	Non vaccinée et sans antécédent de varicelle: interdiction de 3 semaines suivant la dernière exposition.		

Numéro du document	MAN-00544 [18]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	02-06-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCS D : liste des documents

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	29-04-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	06-05-2024
Direction médicale	Christian Renaud	30-04-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	06-05-2024
Assurance qualité	Jacinthe Durand	07-05-2024

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
AAA	Cœur, Anévrisme	Autre raison	---
AAT	Cœur, Anévrisme	Autre raison	---
Abcès	Abcès	Autre raison	05- Infection – Autre
Ablation de la rate	Chirurgie, splénectomie	Chirurgie – Splénectomie	---
Ablation par radiofréquence = ablation	Cœur, Arythmies, arythmies corrigées	Maladie du cœur – Arythmies	---
Accident cérébrovasculaire	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	---
Accident ischémique transitoire (AIT)	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	---
Accident vasculaire cérébral	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	---
Accouchement	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	FN
Acné	Acné	Autre raison	---
Acupuncture	Acupuncture	---	GK-
ACV	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	---
Addison, maladie d'	Addison, maladie d'	Autre raison	---
Adénome (hépatique ou autre)	Tumeur bénigne	Autre raison	---
Âge	Âge	---	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Agression sexuelle AIC	Agression sexuelle Anévrisme intracrânien		Autre raison Autre raison	--- ---
Aiguille souillée de sang	Aiguille souillée de sang, blessure avec		Contact sang / piqûre aiguille / Morsure humaine	FO-
AIT	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)		AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT Autre raison	--- ---
Allaitement	Grossesse ACCEPTER		Autre raison	---
Albumine	Produits sanguins, receveur de		Transfusion produits sanguins	---
Alcool / Alcoolisme	Consentement éclairé		<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Allergie	Allergie ACCEPTER		Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON
Allergie cutanée	Lésion au site de ponction		Autre raison	---
Allogreffe	Greffe – Allogreffe		Greffe – Allogreffe	---
Alzheimer	Alzheimer, maladie de INTERDIRE – ALZH		Autre raison	---
Aménorrhée	---		Autre raison	---
Amibiase	Dysenterie ambiennne		Autre raison Dysenterie ambiennne	05- Infection - Dysenterie ambiennne
Amygdalite	Mal de gorge		Autre raison	05- Mal de gorge
Analyse des protéines sériques	Protéines sériques, analyses des (APS)		---	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Anémie	Anémie	Maladie du sang – Anémie	---
Anémie falciforme (trait)	Anémie, trait falciforme/drépanocytaire ACCEPTER	Maladie du sang – Anémie	---
Anémie ferriprive (carence en fer)	Anémie, anémie ferriprive (carence en fer)	Maladie du sang – Anémie	---
Anémie hémolytique du nouveau-né	Anémie, Anémie (hémolytique du nouveau-né) ACCEPTER	Maladie du sang – Anémie	---
Anémie pernicieuse	Anémie, anémie pernicieuse INTERDIRE – 0730	Maladie du sang – Anémie	---
Anévrisme de l'aorte abdominale/ thoracique	Cœur, Anévrisme	Autre raison	---
Anévrisme intracrânien	Anévrisme intracrânien	Autre raison	---
Angine	Cœur, MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Angiographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Angioplastie coronarienne	Cœur, MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Angioplastie fémorale	Chirurgie vasculaire	Chirurgie – Vasculaire	---
Ankylostomiase	Infection parasitaire ACCEPTER	Autre raison	05- Infection - Autre
Anneau gastrique	Chirurgie, bariatrique	Chirurgie – Bariatrique	---
Anorexie	---	Autre raison	---

Date d'entrée en vigueur : 02-06-2024

MAN-00544[18]
Page 3 de 54

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Antithrombine III (tout type), déficit en	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Antithrombine, déficit en	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Anxiété	---	Autre raison	---
Aphte	Ulcère buccal	Autre raison	---
Apnée du sommeil	Apnée du sommeil	Autre raison	---
APS (Analyse des protéines sériques)	Protéines sériques, analyse des (APS)	---	---
Arbovirus – Malade	Arbovirus	Autre raison	---
Arbovirus – Zone endémique	Cardex arbovirus (SPE-01085)	---	IT-
Arthrite AUTRE que psoriasique, rhumatoïde ou infectieuse	Arthrite, autre que rhumatoïde, psoriasique ou infectieuse	Autre raison	---
Arthrite infectieuse	Arthrite, infectieuse	Autre raison	---
Arthrite psoriasique	Arthrite, Rhumatoïde ou psoriasique	Autre raison	---
Arthrite rhumatoïde	Arthrite, Rhumatoïde ou psoriasique	Autre raison	---
Arthrographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Arthroscopie	Arthroscopie	Autre raison	---
Arthrose	Arthrose	Autre raison	---
Arythmies	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur – Arythmies	---
Ascariadiase	Infection parasitaire	Autre raison	05- Infection – Autre

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMLS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Asthme (crise)	Asthme (crise)		Maladie des poumons – Asthme crise	---
Asthme chronique	Asthme chronique		Maladie des poumons – Asthme chronique	---
Attente d'information	Attente d'information	INTERDIRE-INFO	Autre raison	----
Atypie cellulaire	Voir Cancer, cellules précancéreuses	ACCEPTER	Autre raison	---
Autogreffe	Greffe - autogreffe		Greffe – Autogreffe	---
AVC	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)		AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	---
Avortement	Grossesse		Grossesse (fausse couche, avortement)	FN
Babésiose	Babésiose	INTERDIRE - 0132	Babésiose	05- Chagas/Babésiose/ Leishmaniose/ Malaria
Bactérie Helicobacter pylori	Ulcère gastrique/duodénal		Autre raison	05- Infection – Autre
Bactérie mangeuse de chair – Personne exposée	Infection, personne exposée à bactérie mangeuse de chair		Bactérie mangeuse de chair – Exposition à	---
Bactérie mangeuse de chair – Malade	Bactérie mangeuse de chair, maladie		Bactérie mangeuse de chair	05- Infection – Bactérie mangeuse de chair
Barrière linguistique	---	INTERDIRE - 808F	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Berger, maladie de	Berger, maladie de	INTERDIRE - RINP	Maladie du rein – Maladie de Berger	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Biopsie, en attente de résultat		Biopsie, en attente de résultat	Autre raison	---
Biopsie, avec résultat		Voir maladie sous-jacente	---	---
Bipolarité		ACCEPTER	Autre raison	---
Blanchiment des dents		ACCEPTER	---	13-
Blastomycose		Blastomycose	Blastomycose	05- Infection – Blastomycose
Blessure avec aiguille		Aiguille souillée de sang (blessure avec)	Contact sang/piqûre aiguille/Morsure humaine	FO-
Blessure musculo-squelettique		Blessure musculo-squelettique	Autre raison	---
Botox		Botox	---	06- Médicament acceptable
Botulisme		Botulisme	Autre raison	---
Boulimie		---	Autre raison	---
Bradycardie		Cœur, Arythmies	Maladie du cœur – Arythmies	---
Bronchiectasie		Bronchiectasie	Maladie des poumons – Bronchiectasie	---
Bronchite aiguë		Bronchite	Bronchite	05- Infection – Bronchite
Bronchite chronique		MPOC	Maladie des poumons – MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)	---
Brûlement d'estomac		---	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Brucellose – Personne exposée	Infection, personne exposée à brucellose		---
Brucellose – Malade	Brucellose	INTERDIRE – 0130	05- Infection - Brucellose
Burn-out	---	ACCEPTER	---
Bursite	Blessure musculo-squelettique	ACCEPTER	---
C. difficile	<i>Clostridium difficile</i>		05- Infection – <i>Clostridium difficile</i>
Calcul biliaire	Calcul biliaire		---
Calcul glande salivaire	---	ACCEPTER	---
Calcul rénal	Calcul rénal		---
Canal carpien	---	ACCEPTER	---
Cancer	Cancer		---
Cancer de la peau	Cancer		---
Cancer du col de l'utérus	Cancer		---
<i>Candida albicans</i>	Muguet (<i>Candida albicans</i>)		05- Infection – Muguet
Carcinome de la peau (idem à cancer de la peau)	Cancer		---
Carcinome du col de l'utérus (idem à cancer de l'utérus)	Cancer		---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Cardiopathie congénitale	Coeur, Malformation cardiaque congénitale	Maladie du cœur – Malformation cardiaque congénitale	---
Carotides	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie – Vasculaire	---
Cataractes	---	Autre raison	---
Cathétrisme vésical	Sonde vésicale	Autre raison	---
Cellules atypiques	Cancer, cellules précancéreuses	Autre raison	---
Cellules précancéreuses	Cancer, cellules précancéreuses	Autre raison	---
Cellulite	Infection de la peau	Infection de la peau	05- Infection – Infection de la peau
Céphalée	Céphalée	Autre raison	04-
Céphalée de Horton	Céphalée	Autre raison	04-
Cerveau, tumeur bénigne du	Tumeur bénigne	Autre raison	---
Chagas risque de transmission	PSL : Chagas	---	GG-
	Plasma de fractionnement : non applicable	---	---
Chagas – Malade	Chagas, maladie de	Maladie de Chagas	05- Chagas/Babésiose/Leishmaniose/Malaria
Chalazion	---	Autre raison	---

**MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS
INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ**

		QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Champignons, infection	Se référer au critère du MCSD Champignons, infection (mycose superficielle)	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / Mycose
Chancres mou	Chancres mou	Chancres mou	05- Infection – Chancres mou
Chikungunya – Malade	Arbovirus	Autre raison	---
Chikungunya – Zone endémique	Arbovirus	---	IT-
Chirurgie	Chirurgie	Chirurgie	---
Chirurgie au laser	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Chirurgie bariatrique	Chirurgie, bariatrique	Chirurgie – Bariatrique	---
Chirurgie cardiaque	Cœur, Chirurgie cardiaque	Chirurgie – Cardiaque	---
Chirurgie dentaire	Dentiste	---	13-
Chirurgie orthopédique	Chirurgie orthopédique	Chirurgie – Orthopédique	---
	Blessure musculosquelettique		
Chirurgie vasculaire	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie – Vasculaire	---
Chirurgie, toute forme de	Chirurgie	Chirurgie	---
Chlamydia	Chlamydia	Chlamydia	05- Chlamydia
Choc post-traumatique	---	Autre raison	---
Cholécystite	Cholécystite	Autre raison	---
Cholestase de grossesse	Jaunisse/ictere – grossesse	Jaunisse – Grossesse	---
Cholestérol	Hypercholestérolémie	Autre raison	---
Chorée de Huntington	Huntington, chorée de	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Cinquième maladie – Personne exposée	Infection, personne exposée à cinquième maladie	Cinquième maladie – Exposition à	---
Cinquième maladie – Malade	Cinquième maladie, maladie	Cinquième maladie	05- Infection – Cinquième maladie
Cirrhose du foie Clostridium difficile	Cirrhose du foie INTERDIRE – 1240 Clostridium difficile	Autre raison Clostridium difficile	---
Clostridium difficile – Personne exposée	Infection personne ACCEPTER exposée à, Clostridium difficile	Clostridium difficile – Exposition à	---
CMV	Cytomégalovirus, infection	Cytomégalovirus (CMV)	05- Infection – Cytomégalovirus
Coagulation, troubles de la	Troubles de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Cœliaque, maladie	Cœliaque, maladie	Autre raison	---
Cœur, intervention chirurgicale au	Cœur, Chirurgie cardiaque	Chirurgie – Cardiaque	---
Colique néphrétique	Calcul rénal	Maladie du rein – Calcul rénal (urinaire)	---
Colite ulcéreuse	Colite ulcéreuse	Autre raison	---
Côlon irritable, syndrome du	Côlon irritable, syndrome du	Autre raison	---
Colonoscopie/Coloscopie	Laparoscopie (appliquer comme)	Autre raison	---
Colostomie	Colostomie ACCEPTER	Autre raison	---
Coma	Coma	Coma	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Coma éthylique antérieur	---	Autre raison	---
Comédon	---	Autre raison	---
Commotion cérébrale	Traumatisme crânien	Traumatisme crânien	---
Condylome	Condylome	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
Conjonctivite	Médicaments, topiques infection	Autre raison	05- Infection – Conjonctivite/ Orgelet
Consentement éclairé	Consentement éclairé	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Contact avec du sang	Contact avec du sang	Contact sang/Piqûre aiguille/Morsure humaine	FO-
Contact avec du sang menstruel	---	Autre raison	---
Contusion	Blessure musculo- squelettique	Autre raison	---
Coqueluche – Malade	Coqueluche, maladie	Coqueluche	05- Infection – Coqueluche
Coqueluche – Personne exposée	Infection personne exposée à, coqueluche	Coqueluche – Exposition à	---
Cornée, greffe de	Greffe, Allogreffe	Greffe – Allogreffe	---
Coronographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Couronne	Dentiste	---	13-
COVID-19 (Coronavirus) Infection	COVID-19 (Coronavirus)	Autre raison	LG

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Crampes menstruelles	---	ACCEPTER	Autre raison	---
Creutzfeldt-Jakob, forme classique – Malade	---	Creutzfeldt-Jakob, INTERDIRE – 0131 (CJ) maladie de	Autre raison	---
Creutzfeldt-Jakob, forme classique – Personne apparentée	---	Creutzfeldt-Jakob, (CJ) maladie de	Autre raison	---
Crise cardiaque	---	Cœur, MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Crohn, maladie de	---	Crohn, maladie de INTERDIRE – 1220	Maladie de Crohn	---
CT-scan	---	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Curetage	---	Curetage	Autre raison	---
Curetage dentaire	---	Dentiste	---	13-
Cysticercose	---	Infection parasitaire ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Cystite infectieuse	---	Cystite	Cystite infectieuse	05- Cystite infectieuse
Cystite intersticielle (non infectieuse)	---	Cystite	Cystite intersticielle (non infectieuse)	---
Cystoscopie	---	Laparoscopie (appliquer comme) ACCEPTER	Autre raison	---
Cytomégalovirus	---	Cytomégalovirus, infection	Cytomégalovirus (CMV)	05- Infection – Cytomégalovirus
Cytomégalovirus	---	Hépatite (Jaunisse) liée, au Cytomégalovirus	Jaunisse – Hépatite	05- Hépatite

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Décollement de la rétine	*** ACCEPTER	Autre raison ---	---
Décompte de plaquettes	Formule sanguine	---	---
Déficience intellectuelle	Consentement éclairé	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Dégénérescence maculaire	Dégénérescence maculaire Dengue	Autre raison Dengue	---
Dengue – Zone endémique	Arbovirus	---	05- Infection – Dengue
Densitométrie osseuse	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	IT-
Dentiste	Dentiste	---	---
Dépistage ITS (avec résultat NEG)	*** ACCEPTER	Autre raison	13-
Dépression	Consentement éclairé	Autre raison	---
Dérivation bilio-pancréatique	Chirurgie, bariatrique	Chirurgie – Bariatrique	---
Dérivation ventriculo-péritonéale	INTERDIRE – 0500 Dérivation ventriculo-péritonéale	Autre raison	---
Dermatite	Lésion au site de ponction	Autre raison	---
Dermatite séborrhéique	*** ACCEPTER	Autre raison	---
Désensibilisation, injection de	Allergie ACCEPTER	Autre raison	---
Détachement du vitré	*** ACCEPTER	Autre raison	---
Diabète	Diabète	Diabète	---
Diarrhée	Diarrhée	Autre raison	05- Infection – Autre
Diète	Poids	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Diphthérie	Diphthérie	Autre raison	---
Diverticules	Diverticulose ACCEPTER	Autre raison	---
Diverticulite	Diverticulite	Autre raison	---
Diverticulose	Diverticulose ACCEPTER	Autre raison	---
Dons, intervalle	Dons, intervalle	---	---
Drain de dérivation	Dérivation INTERDIRE – 0500 ventriculo-péritonéale	Autre raison	---
Douleur abdominale (mal de ventre)	---	Autre raison	---
Douleurs menstruelles	---	Autre raison	---
Douleur musculo-squelettique (peu importe l'endroit)	--- ACCEPTER	Autre raison	---
Drogue, consommation (sauf par injection)	---	Autre raison	---
Drogue par injection	Consentement éclairé	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Dupuytren, maladie de	Drogue par injection INTERDIRE – 0175	---	GI
Dure-mère, greffe de	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Dysenterie ambiennne	Greffe INTERDIRE - DMER	Greffe – Dure-mère Dysenterie ambiennne	05- Infection – Dysenterie ambiennne
Dysenterie bacillaire	Dysenterie bacillaire	Autre raison	05- Infection – Autre

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Dysplasie	Cancer, cellules précancéreuses ACCEPTER	Autre raison	---
Dysplasie cervicale	Cancer, cellules précancéreuses ACCEPTER	Autre raison	---
Dystrophie musculaire	Dystrophie musculaire ACCEPTER	Autre raison	---
Échinococcose hydatique	Infection parasitaire ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Éclampsie	---	Autre raison	---
Eczéma	Lésion au site de ponction	Autre raison	---
Électrolyse	Électrolyse	---	GK-
Embolie pulmonaire	Embolie pulmonaire	Maladie des poumons – Embolie pulmonaire	---
Embolisation des artères coronaires	Cœur, MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Emphysème	MPOC	Maladie des poumons – MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)	---
Empreintes dentaires	Dentiste Grossesse	---	13- FN
Enceinte		Grossesse (fausse couche, avortement)	
Encéphalite	Encéphalite	Encéphalite	05- Encéphalite
Endartériectomie (carotides)	Chirurgie vasculaire INTERDIRE – 1500	Chirurgie – Vasculaire	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Endométriose	Endométriose	Autre raison	---
Entorse	Blessure musculoso-squelettique	Autre raison	---
Épilepsie	Épilepsie	Épilepsie	---
Épine de Lenoir	---	Autre raison	---
Épistaxis	---	Autre raison	---
Épithélioma baso / spinocellulaire (cancer de la peau)	Cancer	Cancer – Cancer de la peau	---
Epstein-Barr, virus	Mononucléose infectieuse	Mononucléose infectieuse	05- Infection – Mononucléose infectieuse
Érythrocytose	Polyglobulie	Maladie du sang – Polyglobulie	---
Essai clinique	Liste des médicaments inacceptables ou vaccin	---	06- Essai clinique et/ou 11- Vaccin – Essai clinique
Examen Baryté	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Examens radiologiques et imageries médicales	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Extraction dentaire	Dentiste	---	13-
Extrasystoles	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur – Arythmies	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Facteur II, mutation du gène du	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Facteur V Leiden	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Facteurs de coagulation plasmatique (origine humaine)	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	---
Facteurs de coagulation de type recombinant	Produits sanguins, receveur de	Autre raison	---
Fatigue	---	Autre raison	---
Fatigue chronique	Fatigue chronique, syndrome de	Autre raison	---
Fausse couche	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	FN
Fécondation in vitro	Insémination artificielle / Fécondation in vitro	Autre raison	---
Femme enceinte	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	FN
Fer, prise de	Fer, prise de	Autre raison	06- Médicament acceptable
Fertilité	---	Autre raison	---
Fibrillation auriculaire	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur – Arythmies	---
Fibrome	Fibrome	Autre raison	---
Fibromyalgie	Fibromyalgie	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Fièvre	Fièvre	Autre raison	05- Fièvre
Fièvre des foies	ALLERGIE ACCEPTER	Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON
Fièvre jaune	Fièvre jaune	Fièvre jaune	05- Infection – Fièvre jaune
Fièvre Q	Fièvre Q	Fièvre Q	05- Infection – Fièvre Q
Fièvre récurrente	Fièvre récurrente	Autre raison	---
Fièvre typhoïde	Fièvre typhoïde	Fièvre typhoïde	05- Infection – Fièvre typhoïde
Filariose	Infection parasitaire inacceptable	Filariose	05- Infection – Filariose
Fissure anale	---	Autre raison	---
Foie gras	Stéatose hépatique (foie gras) ACCEPTER	Autre raison	---
Formule sanguine	Formule sanguine	---	---
Fracture	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Fracture du crâne	Traumatisme crânien	Traumatisme crânien	---
Fréquence des dons	Dons, intervalle	---	---
Furoncle	Abcès	Autre raison	---
Gale	Gale	Autre raison	---
Gammaglobulines	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	---
Gastrite	---	Autre raison	---
Gastro-entérite	Gastro-entérite	Autre raison	05- Infection – Autre

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Gastroscopie	Laparoscopie (appliquer comme)	Autre raison	---
Gène défectueux (porteur de) sans maladie	ACCEPTER	Gène défectueux (porteur de) sans maladie	
Giardiase	Gène défectueux (porteur de) sans maladie	Giardiase	05- Infection – Giardiase
Gilbert, maladie de	Gilbert, maladie de	Autre raison	---
Glaucome	Glaucome	Autre raison	---
Glande salivaire obstruée	---	Autre raison	---
Glomérulonéphrite	Glomérulonéphrite	Maladie du rein – Glomérulonéphrite	---
Gluten, intolérance / entéropathie au	Cœliaque, maladie	Autre raison	---
Goitre	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Gonadotrophine humaine	Gonadotrophine humaine	<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Gonorrhée	Gonorrhée	Gonorrhée	05- Gonorrhée
Goutte	Goutte	Autre raison	---
Granulome annulaire	Tumeur bénigne	Autre raison	---
Granulome inguinal	Granulome inguinal	Granulome inguinal	05- Infection – Granulome inguinal
Graves, maladie de	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Grefe	Greffes	Grefe	---
Grefe de cornée	Greffes, allogrefe	Grefe – Allogrefe	---
Grefe de dure-mère	Greffes	Grefe – Dure-mère	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Greffe de gencives (allogreffe)	Greffes, allogreffe	Greffe – Allogreffe	---
Greffe de gencives (autogreffe)	Dentiste	Greffe – Autogreffe gencive	13-
Greffe de tissu animal	Greffes	Greffe – Tissu animal	---
Greffe synthétique	Greffes	Greffe – Tissu synthétique	---
Grippe	Grippe	Autre raison	05- Grippe
Grossesse	Grossesse	Grossesse (fausse couche, avortement)	FN (PSL) MC (Plasma)
Guillain-Barré	Guillain-Barré, syndrome de	Autre raison	---
Hashimoto, maladie de	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Helicobacter pylori	Ulcère gastrique/duodénal	Autre raison	05- Infection – Autre
Hémangiome hépatique	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Hémochromatose (héréditaire / génétique)	Hémochromatose (héréditaire / génétique)	Maladie du sang – Hémochromatose	---
Hémoglobine	Hémoglobine	<i>Signes vitaux</i>	<i>Signes vitaux</i>
Hémophilie – Malade	Troubles de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Hémophilie – Porteur du gène	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Hémorroïdes	Hémorroïdes ACCEPTER	Autre raison	---
Hépatite – Personne exposée	Hépatite, personne exposée à	Hépatite – Relation sexuelle avec et/ou Hépatite – Exposition à	FW-

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Hépatite A, B, C ou E - infection	Hépatite/ maladie, A, B, C ou E	Hépatite	05- Hépatite
Hépatite liée à l'alcool	Hépatite liée, à l'alcool	Hépatite	05- Hépatite
Hépatite liée à la mononucléose	Hépatite liée, à la mononucléose	Hépatite	05- Hépatite
Hépatite liée à un médicament	Hépatite liée, à un médicament	Hépatite	05- Hépatite
Hépatite liée au cytomégalovirus	Hépatite liée, au cytomégalovirus	Hépatite	05- Hépatite
Hépatite, dépistage du partenaire sexuel à Héma-Québec	Hépatite, dépistage du partenaire sexuel à Héma-Québec	Hépatite – Relation sexuelle avec	FW-
Hépatite, étiologie inconnue – Malade	Hépatite maladie, Hépatite étiologie inconnue	Hépatite	05- Hépatite
Hépatite, étiologie inconnue – Personne exposée	Hépatite/personne exposée, Hépatite étiologie inconnue	Hépatite – Relation sexuelle avec	FW-
Herbe à puce	Herbe à puce (sumac vénéneux)	Autre raison	---
Hernie cervicale/ dorsale/ lombaire	Blessure musculo-squelettique ACCEPTER	Autre raison	---
Hernie diaphragmatique	Hernie hiatale	Autre raison	---
Hernie hiatale	Hernie hiatale	Autre raison	---
Hernie inguinale non opérée	---	Autre raison	---
Hernie inguinale opérée	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Hernie ombilicale non opérée	---	ACCEPTER	Autre raison	---
Hernie ombilicale opérée	Chirurgie, toute autre chirurgie		Chirurgie – Autre chirurgie	---
Herpès simplex génital	Herpès simplex		Herpès génital (herpès simplex)	05- Herpès génital (herpès simplex)
Herpès simplex labial	Herpès simplex	ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Herpès labial (herpès simplex)
Herpès Zoster – Malade	Zona (herpès Zoster, réactivation de la varicelle)		Zona	05- Infection – Zona
Herpès Zoster – Personne exposée	Infection, personne exposée à zona		Zona – Exposition à	---
Histoplasmose	Histoplasmose		Histoplasmose	05- Infection – Autre
Hodgkin, maladie de	Cancer hématopoïétique		Cancer	---
Hormone de croissance	Hormone de croissance		Autre raison	---
HTLV-III – Malade	HTLV-III – INTERDIRE – 0191		HTLV I/II	05- Infection – HTLV I/II
HTLV-III – Partenaire sexuel	Relation sexuelle avec, HTLV/III		HTLV I/II – Relation sexuelle avec	---
Huntington, chorée de	Huntington, chorée de	ACCEPTER	Autre raison	---
Hydrocèle	---	ACCEPTER	Autre raison	---
Hypercholestérolémie	Hypercholestérolémie	ACCEPTER	Autre raison	---
Hypertension	Hypertension	ACCEPTER	Autre raison	---
Hyperthermie maligne	Hyperthermie maligne	ACCEPTER	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Hyperthyroïdie	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Hypertrophie bénigne de la prostate	Prostate, hypertrophie bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Hyperuricémie	Goutte	Autre raison	---
Hypoglycémie	---	Autre raison	---
Hypotension	Hypotension ACCEPTER	---	---
Hypothyroïdie	Thyroïde troubles de la	Autre raison	---
Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	---
Ictère de grossesse	Jaunisse/ ictère-grossesse ACCEPTER	Jaunisse – Grossesse	---
Ictère néonatal (à la naissance)	Jaunisse/ictère néonatal ACCEPTER	Autre raison	---
IgIV	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Imagerie par isotopes radioactifs	Scintigraphie (imagerie par isotopes radioactifs)	Autre raison	---
Immunodéficience	Immunodéficience INTERDIRE – 1320	Autre raison	---
Immunoglobulines	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Immunoglobulines Anti-D	Immunoglobulines Anti-D	Transfusion produits sanguins	16-
Impatiences (syndrome des jambes sans repos)	Impatiences ACCEPTER	Autre raison	---
Impétigo	Infection de la peau	Infection de la peau	05- Infection – Infection de la peau

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Implant dentaire	Dentiste		---	13-
Incontinence urinaire sans sonde vésicale	*** ACCEPTER		Autre raison	---
Infarctus du myocarde	Cœur, MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT		Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Infection bactérienne à spirochète	Leptospirose (infection bactérienne à spirochète)		Leptospirose	05- Infection – Leptospirose
Infection de la peau	Infection de la peau		Infection de la peau	05- Infection – Infection de la peau
Infection par les vers	Infection parasitaire		En fonction du parasite	En fonction du parasite
Infection parasitaire	Infection parasitaire		En fonction du parasite	En fonction du parasite
Infection rénale	Pyélonéphrite		Maladie du rein – Pyélonéphrite	---
Infection urinaire	Cystite		Cystite infectieuse	05- Cystite infectieuse
Inflammation de diverticules	Diverticulite		Autre raison	---
Influenza	Grippe		Autre raison	05- Grippe
Injection / infiltration de cortisone	*** ACCEPTER		Autre raison	---
Injection de désensibilisation	Allergie		Autre raison	---
Injection de produits radioactifs	Scintigraphie (imagerie par isotopes radioactifs)		Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMLS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Injection de produit de contraste		Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Injection pour traiter les varices		Sclérothérapie	Autre raison	---
Insemination artificielle		Insemination artificielle / Fécondation <i>in vitro</i>	Autre raison	---
Insuffisance coronarienne		Cœur, MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Insuffisance rénale		Insuffisance rénale	Maladie du rein – Insuffisance rénale	---
Insuffisance surrénalienne		Addison, maladie d'	Autre raison	---
Insuffisance veineuse		---	Autre raison	---
Intervalle entre les dons		Don, intervalle	---	---
Intoxication alimentaire		Gastro-entérite	Autre raison	05- Infection – Autre
Investigation en cours		Investigation en cours	Autre raison	---
Investigation médicale (peu importe la raison) faite et négative		---	Autre raison	---
Ischémie cérébrale transitoire (ICT)		Accident vasculaire cérébral (AVC) / Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	---
Jaunisse secondaire à des calculs biliaires		Calculs biliaires	Jaunisse – Calcul biliaire	

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Jaunisse, grossesse	Jaunisse/ictère – grossesse	ACCEPTER	Jaunisse – Grossesse
Jaunisse, néonatale (à la naissance)	Jaunisse / ictère néonatal	ACCEPTER	Sans objet, néonatal = à la naissance donc pas depuis le dernier don
Kala-Azar	Leishmaniose	INTERDIRE – 0134	05- Chagas/Babésiose/ Leishmaniose/ Malaria
Kératite	---	ACCEPTER	Autre raison
Kératose actinique	Cancer, cellules précancéreuses	ACCEPTER	Autre raison
Kératose séborrhéique	---	ACCEPTER	Autre raison
Kyste	Kyste	ACCEPTER	Autre raison
Kyste rénal	Reins polykystiques		Maladie du rein – Reins polykystiques
Labyrinthite	Neurinite vestibulaire	ACCEPTER	Autre raison
Lacération	Lacération		Autre raison
Laparoscopie	Laparoscopie	ACCEPTER	Autre raison
Laryngite	Laryngite		Laryngite
Laser (épilation ou traitement esthétique)	---	ACCEPTER	Autre raison
Laser, chirurgie au	Chirurgie, toute autre chirurgie		Chirurgie – Autre chirurgie
Légionnaire, maladie du	Légionnaire, maladie du		Maladie du légionnaire
			05- Infection – Maladie du légionnaire

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Leishmaniose	Leishmaniose	INTERDIRE – 0134	05- Chagas/Babésiose/ Leishmaniose/ Malaria
Leptospirose	Leptospirose (infection bactérienne à spirochète)		05- Infection – Leptospirose
Lésion au site de ponction	Lésion au site de ponction	---	---
Leucémie	Cancer hématopoïétique	Cancer	---
Lichen scléreux	Lésion au site de ponction	---	---
Lichen scléro-atrophique	Lésion au site de ponction	---	---
Ligature des trompes	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Limite de volume	Limite de volume	---	---
Lipome	Tumeur bénigne	Autre raison	---
Lupus	Lupus	Autre raison	---
Lupus discoïde isolé	Lupus	Autre raison	---
Lupus érythémateux disséminé	Lupus	Autre raison	---
Lyme, maladie de	Lyme, maladie de	Maladie de Lyme	05- Infection – Maladie de Lyme
Lymphogranulome vénérien	Lymphogranulome vénérien	Lymphogranulome vénérien	05- Infection – Lymphogranulome vénérien
Lymphome	Cancer hématopoïétique	Cancer	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Mains-pieds-bouche – Personne exposée	Infection, personne exposée à mains- pieds-bouche	Mains-pieds-bouche – Exposition à	---
Mal de gorge	Mal de gorge	Autre raison	05- Mal de gorge
Maladie cardiaque athérosclérotique	Cœur, MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Maladie coeliaque	Coeliaque, maladie	Autre raison	---
Maladie de Basedow (Graves-Basedow)	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Maladie de Berger	Berger, maladie de	Maladie du rein – Maladie de Berger	---
Maladie de Crohn	Crohn, maladie de	Maladie de Crohn	---
Maladie de Dupuytren	Blessure musculo- squelettique	Autre raison	---
Maladie de Gilbert	Gilbert, maladie de	Autre raison	---
Maladie de Graves (Graves- Basedow)	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Maladie de Hashimoto	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Maladie de Hodgkin	Cancer hématopoïétique	Cancer	---
Maladie de Lyme	Lyme, maladie de	Maladie de Lyme	05- Infection – Maladie de Lyme
Maladie de Ménière	Ménière, maladie de	Autre raison	---
Maladie de Raynaud	Raynaud, maladie de	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		QMLS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Maladie de Vaquez	Polycythémie (maladie de Vaquez ou polycythémie vraie) INTERDIRE – 0710	Maladie du sang – Polycythémie (Maladie de Vaquez)	---
Maladie de Von Willebrand	Troubles de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Maladie du légionnaire	Légionnaire, maladie du	Maladie du légionnaire	05- Infection – Maladie du légionnaire
Maladie hémolytique du nouveau-né	Anémie, Anémie (hémolytique du nouveau-né) ACCEPTER	Maladie du sang – Anémie	---
Maladie mains-pieds-bouche – Personne exposée	Infection personne exposée à, mains-pieds-bouche, maladie de	Mains-pieds-bouche – Exposition à	---
Maladie pulmonaire obstructive chronique	MPOC	Maladie des poumons – MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)	---
Malaria – Malade	Malaria Plasma de fractionnement : non applicable	Malaria (paludisme)	05- Chagas/Babésiose/Leishmaniose/Malaria
Malaria, zones endémiques	PSL : Cardex malaria (SPE-00057) Plasma de fractionnement : non applicable	---	GF- ---
Malformation cardiaque congénitale	Cœur, Malformation cardiaque congénitale	Maladie du cœur – Malformation cardiaque congénitale	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMLS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Malformation rénale congénitale		Malformation rénale congénitale	Reins-Malformation rénale congénitale	
Mammographie		Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Mangeuse de chair, bactérie – Malade		Bactérie mangeuse de chair , maladie	Bactérie mangeuse de chair	05- Infection – Bactérie mangeuse de chair
Mangeuse de chair, bactérie – Porteur/ Personne exposée		Infection, personne exposée à bactérie mangeuse de chair	Bactérie mangeuse de chair – Exposition à	---
Mantoux, test de		Tuberculose	Autre raison	---
Maquillage permanent		Tatouages	---	GJ-
Maux de tête		Céphalée	Autre raison	04-
MCAS maladie cardiaque athérosclérotique		Cœur, maladie du MCAS (Maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Médecine nucléaire		Scintigraphie (imagerie par isotopes radioactifs)	Autre raison	---
Médicaments		Liste des médicaments inacceptables	---	06- 07- FI
Médicaments non prescrits par injection		Drogue par injection		GI-
Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH		Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)	---	KZ

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS		
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse	
(«PrEP»/PPE) pris par la bouche					
Médicaments utilisés en prophylaxie préexposition au VIH («PrEP») injectable		Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)			ML
Ménière, maladie de		Ménière, maladie de	Autre raison		---
Méningiome		Tumeur bénigne	Autre raison		---
Méningite		Méningite	Méningite		05- Infection – Méningite
Ménopause		---	Autre raison		---
Ménorragie		---	Autre raison		---
Migraine		Céphalée	Autre raison		04-
Milia		---	Autre raison		---
Mitrale, prolapsus de la valve		Cœur, Souffle cardiaque	Maladie du cœur – Souffle cardiaque		---
Molluscum contagiosum		Molluscum contagiosum	Autre raison		05- Infection – Autre
Mononucléose infectieuse – Malade		Mononucléose infectieuse (Virus Epstein-Barr)	Mononucléose infectieuse		05- Infection – Mononucléose infectieuse
Mononucléose infectieuse – Personne exposée		Infection, personne exposée à mononucléose infectieuse	Mononucléose infectieuse, Exposition à		---
Morsure humaine		Contact avec du sang	Morsure humaine		FO-
Morsure par un animal		Morsure par un animal	Autre raison		---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
MPOC	MPOC	Maladie des poumons – MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)	---
Muguet	Muguet (<i>Candida albicans</i>)	Muguet	05- Infection – Muguet
Mutation du gène de la prothrombine (Facteur II)	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Mutation du gène MTHFR	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Myasthénie grave	Myasthénie grave INTERDIRE – 0570	Autre raison	---
Mycose	Champignons, infection (mycose superficielle) ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / Mycose
Myélome multiple	Cancer hématopoïétique	Cancer	---
Myocardite non virale	Cœur, Myocardite, non virale	Autre raison	---
Myocardite virale / inconnue	Cœur, Myocardite, virale / inconnue	Myocardite virale / Inconnue	05- Infection – Myocardite virale / Inconnue
Néphrectomie	Chirurgie, toute autre chirurgie	Chirurgie – Autre chirurgie	---
Néphrite	Glomérulonéphrite	Maladie du rein – Glomérulonéphrite	---
Néphrose	Syndrome néphrotique	Maladie du rein – Syndrome néphrotique	---
Nettoyage dentaire	Dentiste	---	13-
Neurinome acoustique	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Neuronite vestibulaire	Neuronite vestibulaire ACCEPTER	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMLS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Neutrophiles	Formule sanguine		---	---
Névralgie	---	ACCEPTER	Autre raison	---
Nodule des cordes vocales	Tumeur bénigne	ACCEPTER	Autre raison	---
Non binaire	Trans, non binaire ou en processus de transition	ACCEPTER	---	---
Obturation (plombage – restauration)	Dentiste		---	13-
Œdème aux chevilles (jambes)	---	ACCEPTER	Autre raison	---
Oreilles percées	Perçage d'une partie du corps		---	GJ-
Oreillons – Malade	Oreillons		Oreillons	05- Infection – Oreillons
Oreillons – Personne exposée	Infection, personne exposée à oreillons		Oreillons – Exposition à	---
Orgelet	Orgelet	ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Conjonctivite/ Orgelet
Orthodontie	Dentiste		---	13-
Ostéodensitométrie	Examens radiologiques et imageries médicales		Autre raison	---
Ostéomyélite aiguë	Ostéomyélite, aiguë		Ostéomyélite	05- Infection – Ostéomyélite aiguë
Ostéomyélite chronique	Ostéomyélite chronique	INTERDIRE – 1040	Ostéomyélite	05- Infection – Ostéomyélite chronique

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Ostéopathie	Blessure musculo-squelettique	Autre raison	---
Ostéoporose	Ostéoporose	Ostéoporose	---
Otite	Otite	Autre raison	05- Infection – Otite
Oxyurose	Infection parasitaire	Autre raison	05- Infection – Autre
Pacemaker (stimulateur cardiaque)	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur – Arythmies	---
Palpitations	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur - Arythmies	---
Paludisme – Malade	Malaria	Malaria (paludisme)	05- Chagas/Babésiose/ Leishmaniose/ Malaria
Pancréatite	Pancréatite	Autre raison	05- Infection – Autre
Papillomavirus	Condylome	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
Papillome humain, virus du	Condylome	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
Paralysie cérébrale	Paralysie cérébrale	Autre raison	---
Paralysie de Bell	Paralysie de Bell	Autre raison	---
Parasites, infection par	Infection parasitaire	En fonction du parasite	En fonction du parasite
Parkinson	Parkinson	Autre raison	---
Parvovirus B19 – Personne exposée	Infection, personne exposée à cinquième maladie	Cinquième maladie – Exposition à	---
Parvovirus B19 – Malade	Cinquième maladie, maladie	Cinquième maladie	05- Infection – Cinquième maladie

**MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS
INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ**

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Perçage d'une partie du corps	Perçage d'une partie du corps		GJ-
Péricardite constrictive	Cœur Péricardite non virale	Autre raison	---
Péricardite non virale	Cœur, Péricardite non virale	Autre raison	---
Péricardite virale/inconnue	Cœur, Péricardite virale/inconnue	Péricardite virale/Inconnue	05- Infection – Péricardite virale/ Inconnue
Perte de connaissance	Perte de connaissance	Perte de connaissance	---
Perte de poids	Poids	Autre raison	---
Pertes d'hématies	Perte d'hématies	---	---
Pharyngite	Mal de gorge	Autre raison	05- Infection – Autre
Phénomène de Raynaud	Raynaud, maladie de	Autre raison	---
Phénylcétonurie	Phénylcétonurie	Autre raison	---
Phlébite	Phlébite	Autre raison	---
Physiothérapie	Blessure musculo-squelettique	Autre raison	---
Physiothérapie Traitement avec aiguille	Électrolyse	---	GK-
Plan	Plan	Autre raison	05- Infection – Autre
Pied d'athlète	Pied d'athlète	Autre raison	05- Infection – Pied d'athlète
Piercing	Perçage d'une partie du corps	---	GJ-
Pierre aux reins	Calcul rénal	Maladie du rein – Calcul rénal (urinaire)	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMIS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Piqûre d'abeille / guêpe / taon / bourdon	Piqûre d'abeille	ACCEPTER	Autre raison	---
Piqûre de tique	Piqûre de tique		Piqûre de tique	---
Pityriasis rosé	Pityriasis rosé (de Gilbert)		Pityriasis rosé	05- Infection – Pityriasis rosé
Plaque	Lacération		Autre raison	---
Plaquettes, décompte	Formule sanguine		---	---
Plâtre	Blessure musculo-squelettique	ACCEPTER	Autre raison	---
Pleurésie	Pleurésie		Maladie des poumons – Pleurésie / Pneumothorax	---
Plombage	Dentiste		---	13-
Plombémie	Plombémie		Autre raison	---
Pneumonie	Pneumonie		Pneumonie	05- Infection – Pneumonie
Pneumothorax	Pneumothorax		Maladie des poumons – Pleurésie / Pneumothorax	---
Poids	Poids		Autre raison	---
Points de suture	Lacération		Autre raison	---
Poliomyélite – Malade	Poliomyélite		Poliomyélite	05- Infection – Poliomyélite
Poliomyélite – Personne exposée	Infection, personne exposée à poliomyélite		Poliomyélite – Exposition à	---
Polyarthrite rhumatoïde	Arthrite, Rhumatoïde ou psoriasique		Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Polycythémie	Polycythémie INTERDIRE – 0710 (maladie de Vaquez ou polycythémie vraie)	Maladie du sang – Polycythémie (maladie de Vaquez)	---
Polycythémie – autres causes que maladie de Vaquez/ polycythémie vraie	Polycythémie, autres causes de polycythémie	Autre raison	---
Polyglobulie	Polyglobulie	Maladie du sang – Polyglobulie	---
Polype du côlon	Tumeur bénigne ou ACCEPTER Cancer, cellules précancéreuses	Autre raison	---
Polype, autre que polype du côlon	Tumeur bénigne ACCEPTER	Autre raison	---
Pontage coronarien	Cœur, Chirurgie cardiaque	Chirurgie – Cardiaque	---
Pontage fémoral	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie – Vasculaire	---
Porphyrie	Porphyrie INTERDIRE – 0700	Autre raison	---
Porteur du gène de l'hémophilie	Troubles de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Porteur d'un gène défectueux sans maladie	---	Gène défectueux (porteur de) sans maladie	---
Poudre d'os (greffe avec)	Greffe, Allogreffe	Greffe – Allogreffe	---
Poux	Poux	Autre raison	---
PPD	Tuberculose	Autre raison	---
Prednisonne	Prednisonne, contre-indications à la stimulation par la	---	---
Pré-éclampsie	---	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		QMLS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
	Se référer au critère du MCSD		
PrEP/PPE pris par la bouche	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)	---	KZ
PrEP injectable	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)	---	ML
Prise d'empreintes dentaires	Dentiste	---	13-
Prison	Prison	---	H6-
Problèmes menstruels	---	Autre raison	---
Proctite	Proctite	Autre raison	---
Produits sanguins	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	16-
Prolactinome	Tumeur bénigne	Autre raison	---
Prolapsus de la valve mitrale	Cœur, Souffle cardiaque	Maladie du cœur – Souffle cardiaque	---
Prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE) prise par la bouche	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)	---	KZ
Prophylaxie préexposition au VIH («PrEP») injectable	Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH («PrEP»/PPE)	---	ML
Prostate, hypertrophie bénigne	Prostate, hypertrophie bénigne	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Prostatite	Prostatite	Prostatite	05- Infection-Prostatite
Prostitution	Prostitution	---	GT-
Protéine C, déficit	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Protéine S, déficit	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Protéines sériques	Protéines sériques, analyse des (APS)	---	---
Protéines Totales	Protéines sériques, analyse des (APS)	---	---
Prothrombine, mutation du gène de la	Trouble de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Psittacose	Psittacose	Autre raison	05- Infection – Autre
Psoriasis	Lésion au site de ponction	Autre raison	---
Psychiatrique, problème	Consentement éclairé	Autre raison	---
PTI (Purpura thrombocytopénique idiopathique)	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang – Thrombocytopénie	---
Purpura	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang – Thrombocytopénie	---
Purpura (auto) immun	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang – Thrombocytopénie	---
Purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI)	Thrombocytopénie (thrombopénie)	Maladie du sang – Thrombocytopénie	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Pyélographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Pyélonéphrite	Pyélonéphrite	Maladie du rein – Pyélonéphrite	---
Radiographie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Rage	Morsure par un animal	Autre raison	---
Rage, vaccin	Vaccin	---	11- FK
Ramsay-Hunt, syndrome de	---	Autre raison	---
Rate, ablation de	Chirurgie, splénectomie	Autre raison	---
Raynaud	Raynaud, maladie de	Autre raison	---
Rectite	Rectite	Autre raison	---
Reflux gastrique	---	Autre raison	---
Régime amaigrissant	Poids	Autre raison	---
Reins polykystiques	Reins polykystiques	Autre raison	---
Relation sexuelle avec plus d'un partenaire sexuel	Relation sexuelle, avec plus d'un partenaire sexuel	Maladie du rein – Reins polykystiques	---
Relation sexuelle avec prostitué	Relation sexuelle, avec prostitué	---	M7
Relation sexuelle avec UDI	Relation sexuelle, avec utilisateur de drogues injectables (UDI)	---	GV-
Relation sexuelle avec un nouveau partenaire sexuel	Relation sexuelle, avec un nouveau partenaire sexuel	---	H4-
		---	M2

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Relation sexuelle avec VIH/SIDA	Relation sexuelle, avec personne infectée par le VIH	SIDA / VIH – Relation sexuelle avec	FX-
Relation sexuelle femme avec femme	Relation sexuelle, femme avec femme	---	---
Résonance magnétique	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Restauration	Dentiste	---	13-
Rétinite	---	Autre raison	---
Rétinite pigmentaire	---	Autre raison	---
Rhinite	Rhume	Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON
Rhinite allergie	Allergie	Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON
Rhogam	Produits sanguins, receveur de	Transfusion produits sanguins	---
Rhumatisme	Arthrose	Autre raison	---
Rhumatisme articulaire aigu	Rhumatisme articulaire aigu	Rhumatisme articulaire aigu	05- Infection – Rhumatisme articulaire aigu
Rhume	Rhume	Autre raison	05- Si oui, changer la réponse pour NON

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
	Se référer au critère du MCSD		
Roséole – Personne exposée	Infection, personne exposée à roséole	Roséole – Exposition à	---
Rougeole – Personne exposée	Infection, personne exposée à rougeole	Rougeole – Exposition à	---
Rougeole – Malade	Rougeole, maladie	Rougeole	05- Infection – Rougeole
Rubéole – Personne exposée	Infection, personne exposée à rubéole	Rubéole – Exposition à	---
Rubéole – Malade	Rubéole, maladie	Rubéole	05- Infection – Rubéole
Saignement de nez	---	Autre raison	---
Salmonellose	Salmonellose	Salmonellose	05- Infection – Salmonellose
Salpingite	Salpingite	Salpingite	05- Infection – Salpingite
Santé mentale	Consentement éclairé	Autre raison	---
Saphénectomie	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie – Vasculaire	---
Sarcoïdose	Sarcoïdose	Maladie des poumons – Sarcoïdose	---
SARM – Malade	SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), malade	SARM/SARO	05- Infection – SARM/SARO
SARM – Porteur	SARM / SARO ACCEPTER (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), porteur	SARM/SARO – Exposition à/Porteur	---
SARM – Personne exposée	Infection, personne exposée à SARM/SARO ACCEPTER	SARM/SARO – Exposition à/Porteur	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
SARO – Malade	SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), malade	SARM/SARO	05- Infection – SARM/SARO	
SARO – Porteur	SARM / SARO ACCEPTER (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), porteur	SARM/SARO – Exposition à/ Porteur	---	
SARO – Personne exposée	Infection, personne exposée à SARM/SARO ACCEPTER	SARM/SARO – Exposition à/ Porteur	---	
Scan	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---	
Scanner	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---	
Scarlatine – Personne exposée	Infection personne exposée – Scarlatine ACCEPTER	Scarlatine – Exposition à	---	
Scarlatine – Malade	Scarlatine, maladie	Scarlatine	05- Infection – Scarlatine	
Schistosomiase	Infection parasitaire inacceptable	Schistosomiase	05- Infection – Schistosomiase	
Schizophrénie	---	Autre raison	---	
Scintigraphie	Scintigraphie (imagerie par isotopes radioactifs)	Autre raison	---	
Sclérodermie	Sclérodermie INTERDIRE – SCLE	Autre raison	---	
Sclérose en plaques	Sclérose en plaques INTERDIRE – 0550	Autre raison	---	
Sclérothérapie	Sclérothérapie	Autre raison	---	
Septicémie	Septicémie	Autre raison	05- Infection – Autre	

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Shigella / Shigellose	Dysenterie, Bacillaire	Autre raison	05- Infection – Autre
Shunt	Dérivation ventriculo- INTERDIRE – 0500 péritonéale	Autre raison	---
Sida	VII infection INTERDIRE – 1701	test positif pour le VIH	05- VIH/SIDA
Singe	Singe (virus spumeux simien)	---	FP-
Sinusite	Sinusite	Sinusite	05- Infection – Sinusite
Site de ponction	Lésion au site de ponction	---	---
Sonde vésicale	Sonde vésicale INTERDIRE - SOND	Autre raison	---
Souffle cardiaque	Cœur, Souffle cardiaque	Maladie du cœur – Souffle cardiaque	---
Sphérocytose	Sphérocytose INTERDIRE - SPHR	Maladie du sang – Sphérocytose	---
Spina bifida	Spina bifida ACCEPTER	Autre raison	---
Splénectomie	Chirurgie, splénectomie	Autre raison	---
Spondylite/spondylarthrite ankylosante	Spondylite ankylosante	Autre raison	---
Spondylose	Arthrose ACCEPTER	Autre raison	---
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline – Malade	SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), maladie	SARM/SARO	05- Infection – SARM/SARO
Staphylococcus aureus résistant à l'oxacilline – Malade	SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline), maladie	SARM/SARO	05- Infection – SARM/SARO
Stéatose hépatique	Stéatose hépatique (foie gras) ACCEPTER	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Stent (cardiaque)	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Stéroïdes anabolisants	Stéroïdes anabolisants	---	GP-
Stimulateur cardiaque	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur – Arythmies	---
Stimulation prednisonne	Prednisonne, contre-indications à la stimulation par la	---	---
Streptocoque du groupe A (mal de gorge)	Mal de gorge	Autre raison	05 - Mal de gorge
Stress post-traumatique	---	Autre raison	---
Strongyloïdose	Infection parasitaire inacceptable	Strongyloïdose	05- Infection – Strongyloïdose
Sumac vénéneux	Herbe à puce	Autre raison	---
Syndrome de fatigue chronique	Fatigue chronique, syndrome de	Autre raison	---
Syndrome de Guillain-Barré	Guillain-Barré, syndrome de	Autre raison	---
Syndrome de Ramsay-Hunt	---	Autre raison	---
Syndrome de Wolff-Parkinson-White	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur – Arythmies	---
Syndrome du côlon irritable	Côlon irritable, syndrome du	Autre raison	---
Syndrome myélodysplasique	Cancer hématopoïétique	Cancer	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Syndrome néphrotique		Syndrome néphrotique	---	---
Syphilis partenaire sexuel		Relation sexuelle avec, syphilis	---	---
Syphilis – Malade		Syphilis, malade	FH- Syphilis	---
Taches brunes		---	---	---
Tachycardie		Cœur, Arythmies	---	---
TACO		Examens radiologiques et imageries médicales	---	---
Tatouages		Tatouages	GJ-	---
TDA / TDAH		---	---	---
TDM		Examens radiologiques et imageries médicales	---	---
Technétium		Scintigraphie	---	---
Température		Fièvre	---	05- Fièvre
Température		Température	---	Signes vitaux
Tendinite		Blessure musculo-squelettique	---	---
Test de Mantoux		Tuberculose	---	---
Thalassémie		Thalassémie	---	---
Thrombocytopénie		Thrombocytopénie (thrombopénie)	---	---
Thrombopénie		Thrombocytopénie (thrombopénie)	---	---
Thrombophlébite		Phlébite	---	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Thrombose cérébrale	Accident vasculaire cérébral (AVC)/ Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	AVC (accident vasculaire cérébral) / ICT	---
Thrombose coronarienne	Cœur, MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique), Embolisation, Pose de STENT	Maladie du cœur – MCAS / STENT / Embolisation	---
Thrombose veineuse profonde	Phlébite	Autre raison	---
Thyroïde, troubles de la	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
TiQUE (piqûre)	Piqûre de tiques	Autre raison	---
Tomodensitométrie	Examens radiologiques et imageries médicales	Autre raison	---
Toxémie de grossesse	---	Autre raison	---
Toxoplasmose	Toxoplasmose	Toxoplasmose	05- Infection – Toxoplasmose
Trachéite	Trachéite	Trachéite	05- Infection – Trachéite
Trait de l'anémie falciforme	Anémie, trait falciforme / drépanocytaire	Maladie du sang – Anémie	---
Traitement à l'iode RADIOACTIF	Thyroïde, troubles de la	Autre raison	---
Traitement avec aiguille	Électrolyse	Traitement avec aiguille	--
Traitement de canal	Dentiste	---	13-

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Transfusion	Produits sanguins, receveur de		Transfusion produits sanguins	---
Trans, non binaire ou en processus de transition	Trans, non binaire ou en processus de transition	ACCEPTER	---	---
Traumatisme crânien	Traumatisme crânien		Traumatisme crânien	---
Tremblements essentiels	Tremblements essentiels	ACCEPTER	Autre raison	---
Trichinose	Infection parasitaire inacceptable		Trichinose	05- Infection – Trichinose
Trichocéphalose	Infection parasitaire	ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Trichomonas, vaginite à	Vaginite	ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / Mycose
Trisomie 21	Consentement éclairé		<i>Interdiction manuelle</i>	<i>Interdiction manuelle</i>
Troubles de la coagulation	Troubles de la coagulation		Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Tuberculose	Tuberculose		Tuberculose	05- Infection – Tuberculose
Tumeur bénigne	Tumeur bénigne	ACCEPTER	Autre raison	---
Tunnel carpien	---	ACCEPTER	Autre raison	---
Ulcère buccal	Ulcère buccal	ACCEPTER	Autre raison	---
Ulcère duodénal	Ulcère gastrique/duodénal		Autre raison	---
Ulcère gastrique	Ulcère gastrique/duodénal		Autre raison	---
Urétrite	Urétrite		Autre raison	05- Infection – Autre
Urtaire	---	ACCEPTER	Autre raison	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Utilisateur de drogues intraveineuses (UDI)	Drogues par injection INTERDIRE - 0175		GI
Uvérite	---	Autre raison	---
Vaccins	Vaccins	---	11-
Vaginite	Vaginite ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / Mycose
Vaginose	Vaginite ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Infection à champignons / Mycose
Valve mitrale, prolapsus de	Cœur, Souffle cardiaque	Maladie du cœur – Souffle cardiaque	---
Valve, remplacement	Cœur, Chirurgie cardiaque	Chirurgie – Cardiaque	---
Vaquez, maladie de	Polycythémie INTERDIRE – 0710 (maladie de Vaquez)	Maladie du sang – Polycythémie (maladie de Vaquez)	---
Varicelle – Personne exposée	Infection, personne exposée à varicelle	Varicelle – Exposition à	---
Varicelle – Malade	Varicelle, malade	Varicelle	05- Infection – Varicelle
Varices	---	Autre raison	---
Varices, injections	Sclérothérapie	Autre raison	---
Varices, traitement chirurgical	Chirurgie, vasculaire	Chirurgie – Vasculaire	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

		Se référer au critère du MCSD	QMILS	
			Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Variole VACCINATION	Vaccins - variole			11-
Variole – Personne exposée	Infection, personne exposée à, variole		Autre raison	---
Variole du singe – Personne exposée	Infection, personne exposée à, variole du singe		Autre raison	---
Vasculite	Vasculite		Autre raison	---
Vasectomie	Chirurgie, toute autre chirurgie		Chirurgie – Autre chirurgie	---
Verrues	Verrues	ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Autre
Vers, infection par	Infection parasitaire		En fonction du parasite	En fonction du parasite
Vertiges occasionnels sans pathologie sous-jacente	---	ACCEPTER	Autre raison	---
Vessie hyperactive	---	ACCEPTER	Autre raison	---
VIH, infection	VIH infection	INTERDIRE – 1701	Test positif pour le VIH	05- VIH/SIDA
Viol	Aggression sexuelle		Autre raison	---
Virus du Nil occidental	Virus du Nil occidental		Virus du Nil occidental	05- Infection – Virus du Nil occidental
Virus du papillome humain (VPH)	Condylome	ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
Virus Epstein-Barr – Malade	Mononucléose infectieuse (Virus Epstein-Barr)		Mononucléose infectieuse	05- Infection – Mononucléose infectieuse
Virus Epstein-Barr – Personne exposée	Infection, personne exposée à mononucléose infectieuse	ACCEPTER	Mononucléose infectieuse, Exposition à	---
Virus spumeux simien	Singe (virus spumeux simien)		---	FP-
Virus T-lymphotrope humain	HTLV-III	INTERDIRE – 0191	HTLV I/II	05- Infection – HTLV I/II

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMILS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
VNO	Virus du Nil occidental	Virus du Nil occidental	05- Infection – Virus du Nil occidental
VNO – voyage à risque	PSL : VNO voyage à risque ACCEPTER	---	28- Seulement hors saison épidémiologique du VNO
	Plasma de fractionnement : non applicable	---	---
	Limite de volume	---	---
Volume de plasma maximal	Volume sanguin estimé	---	---
Volume sanguin total	Volume sanguin estimé	---	---
Von Willebrand, maladie de	Troubles de la coagulation	Maladie du sang – Trouble de la coagulation	---
Voyage	PSL : Voyage Plasma de fractionnement : Voyage	---	GF- HA
Voyageur – Donneur	Réfère à la PFN des donneurs voyageurs	---	01-
VPH	Condylome ACCEPTER	Autre raison	05- Infection – Condylome / VPH
VSE	Volume sanguin estimé	---	---
VST	Volume sanguin estimé	---	---
WinRho	Produits sanguins, receveurs de	Transfusion produits sanguins	---
Wolff-Parkinson-White, syndrome de	Cœur, Arythmies	Maladie du cœur – Arythmies	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

	Se référer au critère du MCSD	QMLS	
		Réponse à la question n° FH	Question et réponse
Zika - Malade	Arbovirus	Autre raison	---
Zika – zone endémique	Arbovirus	---	IT-
Zona	Zona (herpès Zoster, réactivation de la varicelle)	Zona	05- Infection – Zona
Zona – Personne exposée	Infection, personne exposée à Zona	Zona – Exposition à	---

MANUEL DE CRITÈRES DE SÉLECTION DES DONNEURS INDEX PSL/PLASMA – ABRÉGÉ

Énoncé	Exemples de documentation
Demande interne de renseignements médicaux	DINT
Demande externe de renseignements médicaux	DEXT
Pas d'antibiotiques	Pas d'antibio. ou Ø antibio.
Pas de médicaments	Pas RX ou pas méd ou pas mdc Ø Rx ou Ø méd ou Ø mdc
Pas de signes et symptômes	Pas SS ou Ø SS
Pas de suivi médical	Pas SM ou Ø SM

RÉDACTION / RÉVISION

Milena Fedorova, Coordonnatrice qualité, Conformité et projets opérationnels

Liste des modifications

Critère	Description du changement	Justification	Provenance de l'information
Septicémie	Ajout du critère	La très grande majorité du temps, le donneur rapporte un épisode de septicémie résolu, traité et dont le suivi médical est terminé. Il arrive que des donneurs soient refusés en collecte, en raison d'une situation divulguée au QM qui s'est compliquée d'une septicémie. En fonction de la situation rapportée par le donneur, le personnel de collecte doit soit faire un appel de garde (puisque septicémie ne figure pas aux critères actuels), soit compléter une DINT (en fonction de la condition sous-jacente rapportée). L'ajout du critère permettra de diminuer les demandes d'approbations médicales et les interdictions liées à cette situation.	CC-PRB-02375
Tension artérielle	Retrait du critère	L'étude AMI-2140 a démontré qu'il n'y a aucune association observée entre une valeur de tensions artérielle hors norme et un risque de réaction vasovagale ou complication cardiovasculaire majeure. En conséquence, la prise de la tension artérielle est retirée.	CC-PRB-02044
Réf. OC-08989			

Numéro du document	MAN-00591 [8]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	09-09-2024
Service responsable	Registre des donneurs de sang de cordon
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
SPE-00504	Vérifications pour la mise en inventaire et la distribution du sang de cordon
PFN-00025	Qualification au don de sang de cordon
PFN-00925	Gestion des critères de sélection des donneurs
SPE-00057	Pays à risque de malaria

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Catherine Latour	29-08-2024
Laboratoire banque sang de cordon	Diane Fournier	23-08-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	29-08-2024

LÉGENDE :

Automatique modifiable	Automatique non modifiable	À saisir	À modifier
------------------------	----------------------------	----------	------------

Composante héréditaire établie : Le patient a passé des tests démontrant le caractère génétiquement transmissible de la maladie.

Famille élargie : Tout membre de de la parenté ayant un lien de sang avec une personne identifiée (parenté consanguine).

Parent du 1^{er} degré : Père, Mère, Frère, Sœur du bébé (personne qui partage environ 50 % de ses gènes avec un membre défini de sa parenté)

Parent du 2^e degré : Grand-père, grand-mère, oncle ou tante biologique du bébé.

Parent du 3^e degré : Cousin, cousine, arrière-grand-père, arrière-grand-mère, fratrie des grands-parents du bébé.

SS : Signes et symptômes

Note : Tout critère acceptable pour la mère est acceptable également pour les autres membres de la parenté consanguine.

1. CRITÈRES

1.1. SECTION A

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
ACNÉ	Mère du bébé Si absence d'infection au moment de l'accouchement	Accepter		
	Si présence d'infection, se référer au critère approprié			
	Famille élargie Dans tous les cas	Accepter		
AIGUILLE SOUILLÉE	Blessure avec une aiguille ayant pénétré un tissu humain	Interdire		
		ATCD 3016 Blessure – Aiguille contaminée	Date de blessure	179 jours (6 mois)
ALLERGIE	Les allergies et injections de désensibilisation ne constituent pas un motif d'interdiction.	Accepter		
ALOPÉCIE		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
AMNIOCENTÈSE	Trisomie	Interdire		
		ATCD 3109 Trisomie	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
		Type de trisomie		
	Autres anomalies	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3000 Amniocentèse – Anomalie	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
Type d'anomalie				
ANOREXIE		Accepter		
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX ET GÉNÉTIQUES	Antécédents de la mère ou du père du bébé sont inconnus (adoption ou non)	Interdire		
		ATCD 3011 Adoption : Génétique inconnue	Date du jour	269 jours (9 mois)
ANXIÉTÉ		Accepter		
ARBOVIRUS (Ex : Chikungunya, Dengue)	Voyage en zone à risque Toute zone non mentionnée dans la liste suivante (INCLUANT LES CROISIÈRES) est automatiquement considérée à risque : Note : Pour l'arbovirus Zika, se référer au critère ZIKA	Interdire		
		ATCD 3146 Voyage risque arbovirus < 21j	Date de retour	20 jours
		Région visitée		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
ARBOVIRUS (Ex : Chikungunya, Dengue) (suite)	Albanie Allemagne Andorre Autriche Belgique Biélorussie Bosnie-Herzégovine Bulgarie Canada Croatie Danemark Espagne Estonie États-Unis SAUF : - Guam - Hawaï - Mariannes du Nord (Îles) - Porto Rico - Vierges américaines (Îles) Finlande France SAUF : - Guyane Française - Guadeloupe - Île de la Réunion - Marie-Galante - Martinique - Mayotte - Nouvelle-Calédonie - Polynésie française incluant Tahiti - Saint-Barthélemy - Saint-Martin - Saint-Pierre et Miquelon - Wallis-et-Futuna Gibraltar Grèce Hongrie	Irlande Islande Italie Kosovo Lettonie Liechtenstein Lituanie Luxembourg Macédoine Malte Moldavie Monaco Monténégro Norvège Pays-Bas Pologne Portugal République tchèque Roumanie Royaume-Uni : - Angleterre - Écosse - Îles Anglo-Normandes : - Île de Guernesey - Île de Jersey - Île de Man - Irlande du Nord - Pays de Galles Russie Saint-Marin Serbie Slovaquie Slovénie Suède Suisse Ukraine Vatican			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
ARTHRITE	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Si auto-immune	Accepter		
			Avis transplanteur (pas de numéro)		
			Type d'arthrite et personne atteinte, en anglais (ex : Rheumatoid Arthritis, Father)		
		Autre type d'arthrite	Approbation médicale		
			Si refus		
			ATCD 3083 Refus médical : Grossesse		
	Type d'arthrite				
	Famille élargie	Accepter			
ARTHROSE			Accepter		

1.2. SECTION B

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
BABÉRIOSE			Interdire		
			ATCD 0132 Babesiose	Date du jour	Définitive
BERGER, maladie de	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)		Interdire		
			ATCD 3081 Refus médical : Définitif	Date du diagnostic	Définitive
	Parent du 2 ^e degré		Approbation médicale		
			Si refus		
		ATCD 3081 Refus médical : Définitif	Date du diagnostic	Définitive	
		Maladie de Berger, membre de la parenté			
BIPOLARITÉ			Accepter		
BLESSURE MUSCULO-SQUELETTIQUE	Bursite Contusion Dupuytren, maladie de Entorse Fracture Hernie cervicale/dorsale/lombaire Ostéopathie Physiothérapie Plâtre Tendinite	Mère du bébé Si absence d'infection au moment de l'accouchement	Accepter		
		Si présence d'infection, se référer au critère approprié.			
		Famille élargie	Accepter		
		Dans tous les cas			
BOTOX			Accepter		
BOULIMIE			Accepter		
BRONCHITE			Accepter		
BRONCHIECTASIE			Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
BRUCELLOSE	Personne infectée	Mère du bébé	Interdire	Date de diagnostic	2 ans (729 jours) après la fin des SS
			ATCD 3083 Refus médical : Grossesse		
		Brucellose			
		Famille élargie	Accepter		
	Personne exposée	Mère du bébé	Approbation médicale	Date d'exposition	Selon DM
			Si refus		
ATCD 3083 Refus médical : Grossesse					
Exposée à la brucellose					
	Famille élargie	Accepter			
BRÛLEMENT D'ESTOMAC		Accepter			
BURN-OUT		Accepter			

1.3. SECTION C

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
CALCUL	Glande salivaire, rénal		Accepter		
CALVITIE			Accepter		
CANAL CARPIEN	Tunnel carpien		Accepter		
CANCER	Cancer (carcinome) de la peau, à l'exception du mélanome Épithélioma baso-cellulaire ou spino-cellulaire	Traité avec succès	Accepter		
		En attente du suivi confirmant le succès du traitement (un suivi périodique après cette confirmation n'est pas un motif d'interdiction)	Interdire jusqu'au suivi	Date du jour	269 jours (9 mois)
			ATCD 3020 Cancer durée temporaire		
		Épithélioma (baso-cellulaire ou spino-cellulaire) en traitement	Accepter après suivi si pré-accouchement et succès		
		Épithélioma (baso-cellulaire ou spino-cellulaire) traité avec succès	ATCD 3020 Cancer durée temporaire	Date du questionnaire	Date du suivi
	Mélanome et môle hydatiforme		Interdire		
		ATCD 0900 Cancer	Date du jour	Définitive	
		Type de cancer			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
CANCER (suite)	Cancer (carcinome) du col de l'utérus <i>in situ</i>	Traité avec succès	Accepter		
		En attente du suivi confirmant le succès du traitement (un suivi périodique après cette confirmation n'est pas un motif d'interdiction)	Interdire jusqu'au suivi		
			ATCD 3020 Cancer durée temporaire	Date du jour	269 jours (9 mois)
			Cancer du col <i>in situ</i> en traitement		
			Accepter après suivi si pré-accouchement et succès		
			ATCD 3020 Cancer durée temporaire	Date du questionnaire	Date du suivi
	Cancer du col <i>in situ</i> traité avec succès				
	Cellules pré-cancéreuses incluant cellules atypiques, atypie cellulaire, kératose actinique, dysplasie et dysplasie cervicale SANS atteinte à la moelle osseuse		Accepter		
	Cellules pré-cancéreuses incluant cellules atypiques, atypie cellulaire, dysplasie AVEC atteinte à la moelle osseuse		Approbation médicale		
			Si refus		
			ATCD 0900 Cancer	Date du jour	Définitive
	Type de cancer				
Antécédent familial de cancer chez un parent du 1 ^{er} degré du bébé	Avec ou sans composante héréditaire établie pour un cancer hématologique	Interdire			
		ATCD 3059 Leucémie, lymphome ou autre	Date du jour	Définitive	
		Type et Personne atteinte			
	Avec ou sans composante héréditaire établie pour un cancer non hématologique non listé	Interdire			
Note : Pour leucémie et lymphome, se référer au critère HÉMATOLOGIE		ATCD 0900 Cancer	Date du jour	Définitive	
		Type de cancer et Personne atteinte			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
CANCER (suite)	Antécédent familial de cancer chez un membre de la famille élargie Note : Pour leucémie et lymphome, se référer au critère HÉMATOLOGIE	Avec composante héréditaire établie pour un cancer hématologique	Approbation médicale	Date du jour	Définitive
			Si refus		
			ATCD 3059 Leucémie, lymphome ou autre		
			Type et Personne atteinte		
			Si accepté		
			Avis transplanteur 000116		
		Type de cancer et Personne atteinte, en anglais (ex : Lung cancer, maternal grandfather)			
		Avec composante héréditaire établie pour un cancer non hématologique	Approbation médicale	Date du jour	Définitive
			Si refus		
			ATCD 0900 Cancer		
			Type de cancer et Personne atteinte		
		Sans composante héréditaire établie pour un cancer hématologique	Accepter		
		Avis transplanteur 000116			
		Type de cancer et Personne atteinte, en anglais (ex : Lung cancer, maternal grandfather)			
	Sans composante héréditaire établie pour un cancer non hématologique	Accepter			
CATARACTES		Accepter			
CÉPHALÉE	Maux de tête et migraine	Accepter			
CÉPHALÉE DE HORTON		Accepter			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
CHAGAS	Personne infectée		Interdire			
			ATCD 0133 Chagas	Date du jour	Définitive	
	Séjour de 30 jours consécutifs ou plus dans un territoire endémique*	Mère du bébé, Questionnaire ante-partum	Accepter ¹⁾			
			ATCD 3159 Chagas à faire Pays et Dates du séjour	Date du jour	269 jours (9 mois)	
	1) La mère sera testée en post-partum	Mère du bébé, Questionnaire post-partum	Interdire			
			ATCD 3158 Chagas à risque Pays et Dates du séjour	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)	
	Mère du bébé née dans un territoire endémique*		Accepter ¹⁾			
	1) La mère sera testée en post-partum		ATCD 3159 Chagas à faire Pays	Date du jour	269 jours (9 mois)	
		Grand-mère, arrière-grand-mère maternelle du bébé née dans un territoire endémique ou si lieu de naissance inconnu*		Accepter ¹⁾		
	1) La mère sera testée en post-partum.		ATCD 3159 Chagas à faire Pays et Personne	Date du jour	269 jours (9 mois)	
		*Territoires endémiques (Amérique Latine incluant le Mexique)				
		Argentine Belize Bolivie Brésil Chili Colombie Costa Rica Équateur Guatemala Guyana Guyane française	Honduras Mexique Nicaragua Panama Paraguay Pérou Salvador Suriname Uruguay Vénézuéla			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
CHALAZION			Accepter		
CHIRURGIE (Pour des cellules pré-cancéreuses, voir CANCER)	Mère du bébé	La cause ou la maladie sous-jacente n'est pas un motif d'interdiction	Accepter		
		Si un doute persiste	Approbation médicale		
			Si refus		
			ATCD 3022 Chirurgie	Date d'accouchement	Selon MD
	Type d'anomalie				
Famille élargie		Accepter			
CHOC POST-TRAUMATIQUE			Accepter		
CHORIOAMNIONITE	Diagnostiquée (information obtenue via le dossier médical de la mère du bébé et/ou du bébé)		Interdire		
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
			Chorioamnionite		
	Suspectée	Le bébé a reçu des antibiotiques	Interdire		
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
	Le bébé n'a pas reçu d'antibiotiques	Accepter			
CINQUIÈME MALADIE (Parvovirus B19)	Personne infectée		Interdire		
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
		Cinquième maladie			
	Personne exposée		Accepter		
CIRRHOSE DU FOIE	Mère et père du bébé		Se référer à la condition sous-jacente ayant causé la cirrhose du foie		
	Famille élargie		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
CLOSTRIDIUM DIFFICILE	Personne exposée	Accepter			
COELIAQUE, maladie	Entéropathie / intolérance au gluten	Accepter			
CŒUR	Péricardite constrictive Péricardite non virale	Accepter			
CÔLON IRRITABLE, syndrome du		Accepter			
COMA	Coma au cours des 12 derniers mois	Approbation médicale	Date d'accouchement	Selon MD	
		Si refus			
		ATCD 3023 Coma			
		Motif du coma			
	Coma éthylique	Mère du bébé, en cours de grossesse	Interdire	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
			ATCD 3023 Coma		
			Coma éthylique grossesse		
		Mère du bébé, antérieur à la grossesse	Accepter		
		Famille élargie	Accepter		
	Coma réversible (ex : coma secondaire à un trauma)	Accepter			
COMÉDON		Accepter			
CONDYLOME	Papillomavirus et virus du papillome humain (VPH)	Accepter			
CONJONCTIVITE		Accepter			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
CONSANGUINITÉ	Cousins germains (enfants de l'oncle ou tante - 4 ^e degré)	Banque publique	Interdire	Date du jour	269 jours (9 mois)
			ATCD 3025 Consanguinité		
		Cousins germains			
		Don dirigé	Accepter		
	Autre lien de parenté	Banque publique	Interdire	Date du jour	269 jours (9 mois)
			ATCD 3025 Consanguinité		
Type de lien de parenté					
	Don dirigé	Accepter			
CONTACT AVEC DU SANG	Via une plaie ouverte, une peau non intacte ou une muqueuse		Interdire	Date du contact	179 jours (6 mois)
			ATCD 3028 Contact avec du sang		
			Type de contact		
COQUELUCHE	Personne exposée		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
COVID-19 (Coronavirus)	Infection ¹⁾	Accepter		
	Note : Une suspicion d'infection est acceptable et ne nécessite pas d'avis transplantateur	Avis transplantateur 000612		
		Date du diagnostic ou début des symptômes		
	Contact ²⁾ avec une personne infectée ou suspectée d'être infectée ³⁾ ou ordre de mise en quarantaine par les autorités sanitaires (Santé publique)	Accepter		
Voyage dans une zone à risque	Accepter			
CROHN, maladie de	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Accepter		
		Avis transplantateur (pas de numéro)		
	Maladie et personne atteinte, en anglais (ex : Crohn's disease, Father)			
Famille élargie	Accepter			

1) Une anosmie (perte de l'odorat) ou agueusie (perte du goût) résiduelle, plus de 14 jours après le diagnostic ou le début des symptômes, ne justifie pas l'ajout d'un avis transplantateur. Une infection à la COVID-19 est « suspectée » dans les cas suivants :

- Une investigation est en cours par les autorités sanitaires;
- La mère est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19;
- La mère est en attente d'un rendez-vous pour le dépistage de la COVID-19;
- La mère a un résultat positif à un test rapide (antigène).

Si le résultat du test de dépistage est connu et négatif, ne pas ajouter d'avis transplantateur.

2) La mère doit avoir été informée du contact et non une simple supposition par la mère elle-même.

3) Une infection à la COVID-19 est considérée comme « suspectée » chez un contact dans les cas suivants :

- Une investigation est en cours par les autorités sanitaires pour le contact;
- Le contact a un résultat positif à un test rapide (antigène).

1.4. SECTION D

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE		Accepter		
DÉCOLLEMENT DU VITRÉ		Accepter		
DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE		Accepter		
DENTISTE	Blanchiment des dents Empreintes dentaires	Accepter		
DERMATITE SÉBORRHÉIQUE		Accepter		
DÉTENTION	Dans un centre de détention pour jeunes contrevenants, une prison ou un pénitencier pendant plus de 72h consécutives dans les 12 derniers mois	Interdire		
		ATCD 3096 Séjour prison/établ.psych.	Date de libération	364 jours (12 mois)
DIVERTICULOSE	Diverticules	Accepter		
DOULEUR MUSCULO-SQUELETTIQUE	Peu importe l'endroit	Accepter		
DYSTROPHIE MUSCULAIRE	Mère du bébé	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3081 Refus médical : Définitif	Date diagnostic	Définitive
	Type de dystrophie			
Famille élargie	Accepter			

1.5. SECTION E

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
ÉCHOGRAPHIE	Tout résultat anormal autre que cité ci-dessous	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3034 Échographie anormale	Date d'accouchement	Selon MD
		Type d'anomalie		
	Toute anomalie des vaisseaux Malformation cardiaque Anomalie rénale ou pyélocalicielle du fœtus Anomalie de la clarté nucale Oligohydramnios Polyhydramnios Résultat douteux mais échographie de contrôle normale Autre anomalie échographique à contrôler en cours de grossesse ou après l'accouchement	Accepter		
ENCÉPHALITE	La phase active de la maladie est marquée par la présence de SS et nécessité d'un suivi médical	Interdire		
		ATCD 3038 Encéphalite	Date de fin des SS et du suivi médical	89 jours (3 mois)
ENDOMÉTRIOSE		Accepter		
ÉPINE DE LENOIR		Accepter		
ÉPISTAXIS	Saignements de nez	Accepter		

1.6. SECTION F

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
FATIGUE		Accepter		
FATIGUE CHRONIQUE, syndrome de		Accepter		
FER, prise de		Accepter		
FIBROMYALGIE		Accepter		
FISSURE ANALE	Mère du bébé Si absence d'infection au moment de l'accouchement	Accepter		
	Si présence d'infection, se référer au critère approprié.			
	Famille élargie Dans tous les cas	Accepter		

1.7. SECTION G

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
GASTRITE		Accepter		
GILLES DE LA TOURETTE, syndrome de		Accepter		
GLAUCOME		Accepter		
GLANDE SALIVAIRE OBSTRUÉE		Accepter		
GONADOTROPHINE HUMAINE, prise de (hypophysaire)	Mère du bébé	Interdire		
		ATCD 3081 Refus médical : Définitif	Date de dernière dose	Définitive
	Famille élargie	Accepter		
GONORRHÉE		Interdire		
		ATCD 3051 Gonorrhée	Date de fin du traitement	364 jours (12 mois)
GREFFE	Autogreffe	Accepter		
	Dure-mère synthétique	Accepter		
	Dure-mère cadavérique d'origine humaine	Interdire		
		ATCD 3040 Greffe – Dure-mère	Date du jour	Définitive
	Tissu ou organe	Interdire		
ATCD 3041 Greffe – Tissus ou organe		Date de greffe	179 jours (6 mois)	
GRIPPE ET AUTRES INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
GROSSESSE (complications) (Si intervention chirurgicale pendant la grossesse, voir CHIRURGIE)	Toute complication autre que citée ci-dessous	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3024 Complication grossesse	Date d'accouchement	Selon MD
		Type de complication		
Cerclage du col Cholestase de grossesse Décollement placentaire Diabète Gastro-entérite Grossesse antérieure (ectopique ou œuf clair) Hypertension Hypothyroïdie en grossesse Infection urinaire Menace de travail pré-terme Nausées	Placenta prævia ou anomalies des vaisseaux sanguins (artères ou veines) du placenta Pré-éclampsie Saignement Thrombocytopénie de grossesse Thrombophilie ¹⁾ Thrombose veineuse Toxémie de grossesse Vomissements	Accepter		

1) Toute anomalie ex : anticoagulant lupique, antiphospholipides, déficit antithrombine III, déficit en protéine C, déficit en protéine S, facteur II, facteur V de Leiden, mutation cofacteur II prothrombine, MTHFR.

1.8. SECTION H

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION			ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN		
HÉMATOLOGIE	Globules blancs	Leucémie et Lymphome	Père, mère, frère, sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Avec ou sans composante héréditaire établie	Interdire	Date du jour	Définitive	
					ATCD 3059 Leucémie, lymphome ou autre			
					Type et Personne atteinte			
			Famille élargie	Avec composante héréditaire établie	Approbation médicale	Date du jour	Définitive	
					Si refus			
					ATCD 3059 Leucémie, lymphome ou autre			
		Sans composante héréditaire établie		Type et Personne atteinte				
				Si accepté				
				Avis transplanteur 000116				
		Autre trouble des globules blancs				Type et Personne atteinte, en anglais (ex : Leukemia, maternal uncle of the baby)	Date du jour	Définitive
						Accepter		
						Avis transplanteur 000116		
Type et Personne atteinte, en anglais (ex : Leukemia, maternal uncle of the baby)								
Approbation médicale								
Si refus								
				ATCD 3059 Leucémie, lymphome ou autre	Date du jour	Définitive		
				Type de trouble des globules blancs				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
HÉMATOLOGIE (suite)	Globules rouges	Déficit en G6PD	Père, mère, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Interdire	Date du jour	269 jours (9 mois)
			ATCD 3029 Déficit en G6PD	Personne atteinte		
		Famille élargie	Accepter			
			Avis transplanteur 000545			
			Personne atteinte, en anglais (ex : maternal uncle)			
		Anémie ferriprive		Accepter		
		Anémie falciforme (Drépanocytose)	Mère	Interdire	Date du jour	Définitive
			ATCD 3002 Anémie falciforme			
			Père ou antécédent familial	Accepter		
			Avis transplanteur 000549	Personne atteinte, en anglais		
		Sphérocytose héréditaire	Mère, père, frère ou sœur du bébé	Interdire	Date du jour	Définitive
				ATCD 3098 Sphérocytose héréditaire		
Personne atteinte						
Antécédent familial, parents non testés	Accepter					
	Avis transplanteur 000550					
Personne atteinte, en anglais						
Antécédent familial, mère et père non porteurs		Accepter				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN		
HÉMATOLOGIE (suite)	Globules rouges (suite)	Thalassémie (thalassémie majeure)	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Interdire	Date du jour	Définitive	
				ATCD 3005 Thalassémie			
				Personne atteinte			
			Antécédent familial autre	Accepter			
				Avis transplanteur 000551			
				Personne atteinte, en anglais			
			Trait falciforme	Mère porteuse seulement	Accepter		
					Avis transplanteur 000022		
			Père porteur seulement	Accepter			
							Avis transplanteur 000020
			Mère <u>et</u> père porteurs	Banque publique	Interdire	Date du jour	269 jours (9 mois)
					ATCD 3003 Trait falciforme – Mère/Père		
				Don dirigé	Accepter		
			Trait thalassémique (thalassémie mineure)	Mère porteuse seulement	Accepter		
	Père porteur seulement	Accepter					
						Avis transplanteur 000021	
	Mère <u>et</u> père porteurs	Banque publique		Interdire	Date du jour	269 jours (9 mois)	
			ATCD 3106 Trait thalassémique – Mère/Père				
		Don dirigé	Accepter				
	Maladie de Von Willebrand		Accepter				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
HÉMATOLOGIE (suite)	Globules rouges (suite)	Elliptocytose	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Interdire	Date du jour	Définitive
				ATCD 3081 Refus médical : Définitif		
				Elliptocytose, personne atteinte		
			Antécédent familial, parents non testés	Accepter		
				Avis transplanteur (pas de numéro)		
				Elliptocytose, personne atteinte, en anglais		
		Antécédent familial, mère et père non porteurs	Accepter			
	Polycythémie vraie (maladie de Vaquez)	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Interdire	Date du diagnostic ou début des SS	Définitive	
						ATCD 3081 Refus médical : Définitif
						Polycythémie, personne atteinte
			Antécédent famille élargie	Accepter		
				Avis transplanteur (pas de numéro)		
		Polycythémie, personne atteinte, en anglais				
Autre maladie des globules rouges	Mère, père, frère ou sœur du bébé ou famille élargie	Approbation médicale				
		Si refus				
			ATCD 3060 Maladie globules rouges – Autre	Date du jour	Selon MD	
			Type de maladie, Personne atteinte			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN		
HÉMATOLOGIE (suite)	Plaquettes	PTI	Mère	Accepter			
				Avis transplanteur 000062			
			Père ou antécédent familial	Accepter			
			Porteuse du facteur V de Leiden	Accepter			
			Maladie de Bernard et Soulier Déficit en facteur XIII Syndrome des plaquettes grises Thrombasthénie de Glanzman	Interdire			
				ATCD 3075 Plaquettes – Autres	Date du jour	Définitive (30-12-9999)	
				Type de problème de coagulation			
			Autre problème de coagulation	Mère, père, frère ou sœur du bébé ou famille élargie	Approbation médicale		
					Si refus		
					ATCD 3075 Plaquettes – Autres	Date du jour	Selon MD
					Type de problème de coagulation		
			Hémophilie		Accepter		
	Syndrome myélodysplasique (SMD) et autres troubles hématologiques		Approbation médicale				
			Si refus				
			ATCD 3059 Leucémie, lymphome ou autre	Date du jour	Définitive		
			Type de trouble hématologique				
HÉMORROÏDES			Accepter				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
HÉPATITE	Note : Entourage = Contact étroit avec une personne atteinte d'une hépatite virale cliniquement active. (ex : vivant au même endroit, où elles partagent la cuisine et la salle de bain)					
	Ictère du nouveau-né ou jaunisse néonatale		Entourage	Accepter		
	Hépatite liée	À la mononucléose	Contractée avant la grossesse	Interdire		
				ATCD 3160 Hépatite	Date de fin des SS de la mononucléose	179 jours (6 mois)
		Liée à la mononucléose				
			Contractée pendant la grossesse	Interdire		
				ATCD 3160 Hépatite	Date du jour	269 jours (9 mois)
			Liée à la mononucléose en grossesse			
		Au cytomégalovirus	Contracté pendant la grossesse avec ou sans hépatite	Interdire		
				ATCD 3160 Hépatite	Date du jour	269 jours (9 mois)
				Liée au CMV		
			Antécédent d'infection à CMV avec ou sans hépatite	Accepter		
	À un médicament	Contractée pendant la grossesse	Interdire			
			ATCD 3160 Hépatite	Date du jour	Date de fin des SS	
			Médicamenteuse			
À l'alcool		Interdire				
		ATCD 3160 Hépatite	Date du jour	269 jours (9 mois)		
		Liée à l'alcool				
À des calculs biliaires	Calculs asymptomatiques ou symptômes résolus	Accepter				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
HÉPATITE (suite)	Hépatite A	Personne infectée	Antécédent	Accepter		
			En phase aigüe	Interdire		
				ATCD 3160 Hépatite	Date de fin des SS ou du diagnostic si aucun SS	179 jours (6 mois)
				Hépatite A		
		Personne exposée	Entourage ou Partenaire sexuel	Accepter		
	Hépatite B	Résultat du test de dépistage positif		Interdire		
				ATCD 9199 AgHBs sans résultat	Date du jour	Définitive
		Guérie	Anti-HBc positif et TAN négatif	Accepter (Distribution exceptionnelle)		
		Porteuse chronique	AgHBs ou VHB positif	Interdire		
				ATCD 3008 Hépatite B – Malade	Date du jour	Définitive
		Personne exposée	Entourage	Interdire		
				ATCD 3045 Hépatite – personne exposée	Date du dernier contact	364 jours (12 mois)
				Entourage Hépatite B		
			Partenaire sexuel	Interdire		
ATCD 3045 Hépatite – personne exposée				Date du dernier contact sexuel	364 jours (12 mois)	
Partenaire sexuel Hépatite B						

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
HÉPATITE (suite)	Hépatite C	Résultat du test de dépistage positif	Interdire			
			ATCD 9198 Anti-VHC sans résultat	Date du jour	Définitive	
		Personne infectée		Interdire		
				ATCD 3006 Hépatite C – Malade	Date du jour	Définitive
		Personne exposée	Entourage	Interdire		
				ATCD 3045 Hépatite – personne exposée	Date du dernier contact	364 jours (12 mois)
		Entourage Hépatite C				
		Partenaire sexuel	Interdire			
			ATCD 3045 Hépatite – personne exposée	Date du dernier contact sexuel	364 jours (12 mois)	
			Partenaire sexuel Hépatite C			
	Hépatite E	Personne infectée	Contractée pendant la grossesse	Interdire		
				ATCD 3160 Hépatite Hépatite E	Date du diagnostic	269 jours (9 mois)
		Antécédent	Accepter			
Personne exposée			Interdire			
	ATCD 3045 Hépatite – personne exposée		Date du dernier contact	269 jours (9 mois)		
	Hépatite E					

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
HÉPATITE (suite)	Hépatite étiologie inconnue (du médecin ou de la donneuse)	Personne infectée	Interdire		
			ATCD 3160 Hépatite	Date de fin des SS ou du diagnostic si aucun SS	179 jours (6 mois)
			Hépatite étiologie inconnue		
	Personne exposée Aigüe	Entourage et Partenaire sexuel	Interdire		
			ATCD 3045 Hépatite – personne exposée	Date du diagnostic de la personne infectée	364 jours (12 mois)
			Hépatite étiologie inconnue		
	Personne exposée Chronique (implique un suivi médical à vie)	Entourage	Interdire		
			ATCD 3045 Hépatite – personne exposée	Date du dernier contact	364 jours (12 mois)
		Entourage Hépatite étiologie inconnue			
Partenaire sexuel		Interdire			
	ATCD 3045 Hépatite – personne exposée	Date du dernier contact sexuel	364 jours (12 mois)		
Partenaire sexuel Hépatite étiologie inconnue					
HERNIE INGUINALE NON OPÉRÉE			Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
HERPÈS	Labial (feux sauvages)		Accepter			
	Gingivostomatite en cours de grossesse		Interdire			
			ATCD 3144 Infection Gingivostomatite	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)	
	Lésion vésiculaire, vulvaire ou vaginale à l'accouchement		Interdire			
			ATCD 3144 Infection Herpès	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)	
	Première infection en grossesse		Interdire			
			ATCD 3144 Infection Herpès	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)	
	HORMONES	Hormones de croissance humaine	Reçues avant 1986 (peu importe le pays de traitement) ou Si reçues en 1986 ou après, si le traitement a eu lieu dans un autre pays que le Canada ou les États-Unis	Interdire		
				ATCD 3048 Hormones de croissance	Date du jour	Définitive
			Reçues en 1986 ou après si le traitement a eu lieu au Canada ou aux États-Unis	Accepter		
HOSPITALISATION (Si la mère a été hospitalisée pour une chirurgie, voir CHIRURGIE)	La cause ou la maladie sous-jacente n'est pas un motif d'interdiction		Accepter			
	Si un doute persiste		Approbation médicale			
			Si refus			
			ATCD 3049 Hospitalisation (Cause ou Maladie)	Date d'accouchement	Selon MD	

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
HTLV I/II	Personne infectée ou résultat du test de dépistage positif	Interdire		
		ATCD 9191 Anti-HTVL I/II sans résultat	Date du jour	Définitive
	Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec une personne qu'elle savait ou soupçonnait être infectée au HTLV I/II	Interdire		
		ATCD 3084 Rel. sexuelle à risque (1 an) Partenaire sexuel HTLV I/II	Date de la relation sexuelle	364 jours (12 mois)
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE		Accepter		
HYPERTENSION		Accepter		
HYPERTHERMIE MALIGNE	Mère du bébé	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3083 Refus médical : Grossesse Hyperthermie maligne	Date de diagnostic	Selon DM
	Famille élargie	Accepter		
HYPOGLYCÉMIE		Accepter		
HYPOTENSION		Accepter		

1.9. SECTION I

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
IMPATIENCES	Syndrome des jambes sans repos		Accepter			
INCONTINENCE URINAIRE	Sans sonde vésicale		Accepter			
INFECTIONS NON LISTÉES			Approbation médicale			
			Si refus			
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	Selon MD	
INFECTION VAGINALE	Candida Vaginose bactérienne Trichomonas	Fin des SS avant accouchement	Accepter			
		Infection à l'accouchement	Interdire			
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)	
			Infection vaginale			
	Autre			Approbation médicale		
				Si refus		
		ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	Selon MD		
		Infection vaginale				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG (facteurs de risque)	Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec une personne qu'elle savait ou soupçonnait être infectée au VIH, VHB cliniquement actif ou VHC cliniquement actif	Interdire		
		ATCD 3084 Rel. sexuelle à risque (1 an)	Date de relation sexuelle	364 jours (12 mois)
		Partenaire sexuel potentiellement infecté		
	Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec une personne qui s'est injecté des drogues ou des médicaments (de façon intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée) pour des motifs non médicaux au cours des 12 derniers mois	Interdire		
		ATCD 3084 Rel. sexuelle à risque (1 an)	Date de relation sexuelle	364 jours (12 mois)
		Partenaire sexuel drogues		
	Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec un homme qui a eu une relation sexuelle avec un homme dans les 12 derniers mois	Interdire		
		ATCD 3084 Rel. sexuelle à risque (1 an)	Date de relation sexuelle	364 jours (12 mois)
		Partenaire sexuel HARSAH		
	Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec une personne ayant eu une relation sexuelle en échange d'argent ou de drogues au cours des 12 derniers mois	Interdire		
		ATCD 3084 Rel. sexuelle à risque (1 an)	Date de relation sexuelle	364 jours (12 mois)
		Partenaire sexuel échange d'argent ou drogues		
Au cours des 12 dernier mois, avoir eu une relation sexuelle en échange d'argent ou de drogues	Interdire			
	ATCD 3084 Rel. sexuelle à risque (1 an)	Date de relation sexuelle	364 jours (12 mois)	
	Relation sexuelle échange d'argent ou drogues			
INSUFFISANCE VEINEUSE		Accepter		

1.10. SECTION K

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
KÉRATITE		Accepter		
KÉRATOSE SÉBORRHÉIQUE		Accepter		
KYSTE		Accepter		

1.11. SECTION L

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
LARYNGITE	Mère du bébé	Interdire		
		ATCD 3083 Refus médical : Grossesse	Date de début des SS	Date de fin des SS
		Laryngite		
	Famille élargie	Accepter		
LEISHMANIOSE	Kala-Azar	Interdire		
		ATCD 0134 Leishmaniose	Date du jour	Définitive
LÉGIONELLOSE (maladie du Légionnaire)	Mère du bébé	Interdire		
		ATCD 3144 Infection	Date de début des SS	Date de fin des SS et du suivi médical
		Légionellose		
	Famille élargie	Accepter		
LEPTOSPIROSE (infection bactérienne à spirochète)	Mère du bébé	Interdire		
		ATCD 3144 Infection	Date de début des SS	364 jours (12 mois) après la fin des SS
		Leptospirose		
	Famille élargie	Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
LYME, maladie de	Mère du bébé	Interdire	Date de début des SS	Date de fin des SS et des antibiotiques
		ATCD 3083 Refus médical : Grossesse Maladie de Lyme		
	Famille élargie	Accepter		
LYMPHOGRANULOME VÉNÉRIEN	Mère ou partenaire sexuel	Interdire	Date de début des SS	364 jours (12 mois) après la fin des SS
		ATCD 3144 Infection Lymphogranulome vénérien		
	Famille élargie	Accepter		

1.12. SECTION M

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
MAINS-PIEDS-BOUCHE	Personne infectée	Approbation médicale	Date d'accouchement	Selon MD
		Si refus		
	Personne exposée	ATCD 3144 Infection Mains-pieds-bouche		
		Accepter		
MAL DE GORGE (Amygdalite, Pharyngite, etc.)	Mère du bébé	Interdire	Date de début des SS	Date de fin des SS et des antibiotiques
		ATCD 3144 Infection Mal de gorge ou préciser l'infection		
	Famille élargie	Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
MALADIES HÉRÉDITAIRES	Déficit immunitaire (héréditaire) chez mère, père, frère ou sœur du bébé	Déficit immunitaire spécifique	<p><u>À prédominance humorale :</u> Agammaglobulinémie liée au sexe, maladie de Bruton Hypogammaglobulinémie commune d'expression variable Déficit sélectif en immunoglobulines</p>	Interdire	
			<p><u>À prédominance cellulaire :</u> Microdélétion 22q11 (Syndrome de Di George) Syndrome de Hong et Good Syndrome de Nezelof Déficit en purine nucléoside phosphorylase Déficit isolé en lymphocytes T</p>		
		Déficits combinés	<p>Déficit immunitaire combiné sévère par déficit en adénosine désaminase Syndrome des lymphocytes dénudés Amégacaryocytose congénitale avec anomalie du développement des lignées T et B Syndrome de Wiskott-Aldrich Ataxie télangiectasie Autres déficits immunitaires combinés par déficit enzymatique</p>		
		Autre déficit immunitaire constitutionnel	<p>Candidose cutanéomuqueuse chronique Acrodermatitis enteropathica Syndrome à Hyper IgE Certains déficits fonctionnels du système immunitaire non spécifié autrement</p>		
			ATCD 3037 Déficit immunitaire		
		Déficit en protéines du complément	Type de déficit et personne atteinte	Date du jour	269 jours (9 mois)

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
MALADIES HÉRÉDITAIRES (suite)	Déficit immunitaire (héréditaire) chez mère, père, frère ou sœur du bébé (suite)	Déficit de l'activité du macrophage et du polynucléaire	Granulomatose septique Déficit en myéloperoxydase Syndrome de Chediak Higashi Dysfonctionnement de l'actine Syndrome de Shwachman	Interdire		
		Agranulocytose congénitale		ATCD 3037 Déficit immunitaire	Date du jour	269 jours (9 mois)
		Déficits en précurseurs lymphocytaires		Type de déficit et personne atteinte		
	Immunodéficience primaire ou congénitale (Déficit en gamma-globuline p.ex. déficit commun variable)	Père, mère, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)		Interdire		
				ATCD 3037 Déficit immunitaire	Date du jour	269 jours (9 mois)
		Famille élargie		Type d'immunodéficience et Personne atteinte		
	Autres déficits	Maladies hémolytiques héréditaires Déficit en triose phosphate-isomérase Déficit en pyruvate-kinase Déficit en glucose-phosphate-isomérase Porphyrie érythropoïétique Méthémoglobinémie congénitale Anémies mégaloblastiques Maladies hématologiques en rapport avec un syndrome de cassure chromosomique Thrombopathies et thrombopénies constitutionnelles		Interdire		
				ATCD 3037 Déficit immunitaire	Date du jour	269 jours (9 mois)
				Type de déficit et Personne atteinte		
	Hémochromatose héréditaire		Accepter			
	Maladie de Gilbert		Accepter			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
MALADIES HÉRÉDITAIRES (suite)	Neurofibromatose type 1	Interdire		
		ATCD 3037 Déficit immunitaire Neurofibromatose type 1 et Personne atteinte	Date du jour	269 jours (9 mois)
	Autres maladies héréditaires	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3037 Déficit immunitaire Maladie héréditaire et Personne atteinte	Date du jour	Selon MD
	Antécédent familial pour diagnostic cité plus haut ou autre maladie héréditaire : Si un membre de la famille du père a une maladie héréditaire, mais que le père a eu un test de dépistage négatif OU Si un membre de la famille de la mère a une maladie héréditaire, mais que la mère a eu un test de dépistage négatif	Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
MALARIA	Personne infectée ou avec antécédent de malaria	Interdire jusqu'au suivi téléphonique 4 semaines post-partum		
		ATCD 3009 Suivi de malaria	Date d'accouchement ¹⁾	269 jours (9 mois)
		Suivi à effectuer		
		Suivi : Si enfant va bien		
		Accepter		
		ATCD 3009 Suivi de malaria	Date du jour	Date du jour
	Enfant va bien			
	Suivi : Si enfant est infecté			
	Approbation médicale			
	Si accepté			
	ATCD 3009 Suivi de malaria	Date du jour	Date du jour	
	Approuvé par MD			
Voyage en région endémique (se référer à la SPE-00057 <i>Pays à risque de malaria</i> pour identifier si la donneuse a voyagé en zone endémique.)	Accepter			
	Avis transplanteur 000001			
	Pays, Dates et Durée, en anglais (ex : Benin, from 2013-12 to 2014-01, for a total of 1 week)			

1) Si l'ATCD est déjà présent, s'assurer que le suivi antérieur est terminé (conforme ou cordon détruit) avant de modifier la date de début.

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
MÉNINGITE	La phase active de la maladie est marquée par la présence de SS et nécessité d'un suivi médical		Interdire		
			ATCD 3066 Méningite	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
MÉNORRAGIE			Accepter		
MILIA			Accepter		
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM			Accepter		
MONONUCLÉOSE (Virus Epstein-Barr)	Personne infectée	Mère du bébé	Interdire		
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
		Mononucléose			
		Famille élargie	Accepter		
	Personne exposée		Accepter		
MUGUET (Candida albicans)	Résolu avant l'accouchement		Accepter		
	Non résolu à l'accouchement		Interdire		
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
		Muguet			
	Famille élargie		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
MYCOSE SUPERFICIELLE	Mycose des ongles		Accepter		
	Autres mycoses	Mère du bébé	Approbation médicale	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
			Si refus		
			ATCD 3144 Infection		
		Mycose superficielle			
	Famille élargie	Accepter			

1.13. SECTION N

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
NÉPHROLOGIE	Pyélonéphrite		Accepter			
	Anomalie ou chirurgie rénale ou urétrale		Accepter			
	Insuffisance rénale chronique et/ou transplantation rénale		Interdire			
			ATCD 3055 Insuffisance rénale chronique	Date du jour	Définitive	
			ET/OU			
	ATCD 3108 Transplantation rénale		ATCD 3108 Transplantation rénale	Date du jour	Définitive	
			Toute autre pathologie		Approbation médicale	
			Si refus			
ATCD 3082 Rein : Autre pathologie			Date d'accouchement	Selon MD		
Type d'anomalie						
NEUROLOGIE	Alzheimer (maladie d')	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)		Interdire		
				ATCD 3001 Alzheimer	Date du jour	Définitive
	Famille élargie				Accepter	
	Encéphalopathies spongiformes (maladies à prions)	Creutzfeldt-Jakob (forme classique)	Personne infectée		Interdire	
					ATCD 3062 MCJ – Malade	Date du jour
			Type familial (Tout sujet apparenté par le sang à la mère (parents, enfants, frère, sœur) chez qui on a posé un diagnostic de la maladie de CJ)		Interdire	
					ATCD 3095 MCJ – Type familial	Date du jour
			Personne atteinte			
	Creutzfeldt-Jakob (variante de la maladie)	Personne infectée		Interdire		
				ATCD 3094 vMCJ – Malade	Date du jour	Définitive

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
NEUROLOGIE (suite)	Encéphalopathies spongiformes (maladies à prions) (suite)	Creutzfeldt-Jakob (variante de la maladie) (suite)	Voyage en zone endémique	Accepter		
			Entre 1980 et 1996 inclusivement, si la durée cumulative des séjours est de 3 mois ou plus : - France (incluant la Corse et Monaco)¹⁾ - Royaume-Uni²⁾			
			Entre 1980 et 1996 inclusivement, si la durée cumulative des séjours est de 6 mois ou plus : Arabie Saoudite			
			Entre 1980 et 2007 inclusivement, si la durée cumulative des séjours est de 5 ans ou plus : Europe	Pays, Dates et Durée, en anglais (ex : Scotland, from 1987-03 to 1987-07, for a total of 4 months)		
			Transfusion sanguine (sang, globules rouges, plaquettes ou plasma) depuis le 1 ^{er} janvier 1980 : - France¹⁾ - Royaume-Uni²⁾ - Autres pays d'Europe de l'Ouest³⁾	Interdire		
	ATCD 0139 vMCJ – transfusion EO					
		Pays et Date				
	1) France (incluant la Corse et Monaco) <u>Territoires non concernés :</u> Guyane Française Guadeloupe Île de la Réunion Martinique Mayotte Nouvelle-Calédonie St-Pierre et Miquelon Wallis-et-Futuna	2) Royaume-Uni <u>Territoires concernés :</u> Angleterre (England) Irlande du Nord (Northern Ireland) Île de Man (Isle of Man) Îles Anglo-Normandes (Channel Island's) : Île de Guernsey (Guernsey) Île de Jersey (Jersey) Écosse (Scotland) Pays de Galles (Wales)				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
NEUROLOGIE (suite)	3) Autres pays d'Europe de l'Ouest Allemagne Autriche Belgique Danemark Espagne Gibraltar Italie Liechtenstein Luxembourg Pays-Bas Portugal République d'Irlande Suisse				
	Autres encéphalopathies spongiformes	Interdire			
		ATCD 3004 Autre encéph. spongiforme	Date du jour	Définitive	
	Épilepsie	Accepter			
	Parkinson (maladie de)	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Interdire		
			ATCD 0560 Parkinson	Date du jour	Définitive
		Famille élargie	Accepter		
	Sclérose en plaques	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Interdire		
			ATCD 0550 Sclérose en plaques	Date du jour	Définitive
		Famille élargie	Accepter		
	Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	Mère du bébé	Interdire		
			ATCD 3089 SLA	Date du jour	Définitive
		Père, frère ou sœur du bébé	Accepter		
			Avis transplanteur (pas de numéro)		
		SLA et personne atteinte, en anglais			
	Famille élargie	Accepter			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
NEUROLOGIE (suite)	Autre maladie neurologique	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3007 Autre maladie neurologique	Date du jour	Selon MD
		Type de maladie		
NEURONITE VESTIBULAIRE	Labyrinthite	Accepter		
NÉVRALGIE		Accepter		

1.14. SECTION O

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
ŒDÈME AUX CHEVILLES			Accepter			
OREILLONS	Personne infectée	Mère du bébé	Accepter			
			Interdire			
			ATCD 3144 Infection	Date de début des SS	20 jours (3 semaines) après la fin des SS	
			Oreillons			
	Famille élargie		Accepter			
	Personne exposée	Mère du bébé	Vaccinée ou antécédent d'oreillons	Accepter		
			Non vaccinée et sans antécédent d'oreillons	Interdire		
				ATCD 3144 Infection	Date première exposition	27 jours (4 semaines) après dernière exposition
		Exposée aux oreillons, non vaccinée et sans ATCD				
Famille élargie		Accepter				
ORGELET			Accepter			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
OSTÉOMYÉLITE	Aiguë	Mère du bébé	Interdire		
			ATCD 3144 Infection	Date de début des SS	Date de fin des SS et du suivi médical
			Ostéomyélite aiguë		
		Famille élargie	Accepter		
	Chronique	Mère du bébé	Interdire		
			ATCD 3081 Refus médical : Définitif	Date du diagnostic ou début des SS	Définitive
Ostéomyélite chronique					
	Famille élargie	Accepter			
OTITE	Mère du bébé Si asymptomatique et traitement terminé au moment de l'accouchement		Accepter		
	Si présence de symptômes ou traitement non terminé au moment de l'accouchement, se référer au critère approprié.				
	Famille élargie		Accepter		

1.15. SECTION P

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
PANCRÉATITE	Mère du bébé	Résolu avant l'accouchement	Accepter		
		Non résolu lors de l'accouchement	Interdire		
			ATCD 3083 Refus médical : Grossesse		Date d'accouchement
	Pancréatite				
	Famille élargie		Accepter		
PARALYSIE CÉRÉBRALE	Mère du bébé		Approbation médicale		
			Si refus		
			ATCD 3081 Refus médical : Définitif	Date du diagnostic	Définitive
			Paralysie cérébrale		
	Famille élargie		Accepter		
PARALYSIE DE BELL			Accepter		
PARENT DU 3 ^e DEGRÉ ET PLUS	Antécédent oncologique (cancer ou néoplasie)		Se référer au critère CANCER ou HÉMATOLOGIE		
	Antécédent non oncologique (cancer ou néoplasie)		Accepter		
PERÇAGE DE LA PEAU	Aiguilles à usage unique ou personnelles utilisées		Accepter		
	Autres aiguilles utilisées		Interdire		
			ATCD 3072 Perçage de la peau	Date du perçage	179 jours (6 mois)

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION			ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
PIAN	Mère du bébé			Interdire	Date du diagnostic ou début des SS	Définitive
				ATCD 3081 Refus médical : Définitif		
	Famille élargie			Accepter		
PIED D'ATHLÈTE				Accepter		
PNEUMOLOGIE	Asthme			Accepter		
	Histoplasmose			Interdire	Date de fin des SS	89 jours (3 mois)
				ATCD 3047 Histoplasmose		
	Tuberculose			Interdire	Date de fin des médicaments et du suivi médical	89 jours (3 mois)
ATCD 3110 Tuberculose						
PNEUMONIE				Interdire	Date de début des SS	Date de fin des SS et des antibiotiques
				ATCD 3144 Infection Pneumonie		
				Accepter		
POLIOMYÉLITE	Personne exposée	Mère du bébé	Vaccinée	Accepter	Date première exposition	27 jours (4 semaines) après la résolution de la phase aiguë du malade
			Non vaccinée	Interdire		
				ATCD 3144 Infection		
				Exposée à la poliomyélite		
	Famille élargie			Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
PrEP / PPE (Prophylaxie pré/post exposition au VIH en cours de grossesse)	Mère ou partenaire sexuel de la mère	Interdire		
	Médicaments agents rétroviraux : Cabotégavir (injectable), Emtricitabine/Fumarate tenofovir disoproxil, Truvada.	ATCD 3083 Refus médical : Grossesse	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
	Famille élargie	PrEP/PPE		
	Famille élargie	Accepter		
PROCRÉATION ASSISTÉE	Antécédents médicaux familiaux et génétiques du donneur de sperme ou d'ovule connus de la mère Sperme ou ovule congelé avant le 01-07-2015 , ou le donneur ne représente pas un risque ZIKA (se référer au critère ZIKA)	Accepter		
	Antécédents médicaux familiaux et génétiques du donneur de sperme ou d'ovule non connus de la mère	Interdire		
		ATCD 3031 Mère porteuse	Date du jour	269 jours (9 mois)
	Don de (sperme ou ovule), antécédents non connus			
	Sperme ou ovule congelé le 01-07-2015 ou après , info non disponible, ou le donneur représente un risque ZIKA (se référer au critère ZIKA)	Interdire		
		ATCD 3031 Mère porteuse	Date du jour	269 jours (9 mois)
Risque ZIKA				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
PRODUITS SANGUINS (reçus avant et après le prélèvement du sang de cordon)	Sang total, globules rouges, plaquettes, plasma ou granulocytes	Interdire		
		ATCD 3107 Transfusion	Date de réception du produit	179 jours (6 mois)
		Type de produit		
	Facteurs de coagulation de type recombinant	Se référer à la condition sous-jacente ayant nécessité l'administration de facteurs de coagulation de type recombinant		
	Immunoglobulines contre : Cytomégalovirus (CMV), Tétanos, Varicelle, Zona	Se référer à la condition sous-jacente ayant nécessité l'administration d'immunoglobulines et interdire s'il y a lieu		
		Type de produit		
	Gammaglobulines intramusculaires	Se référer à la condition sous-jacente ayant nécessité l'administration de gammaglobulines et interdire s'il y a lieu		
		Type de produit		
	Prophylaxie post-exposition à l'hépatite B	Interdire		
		ATCD 3160 Hépatite	Date de réception du produit	364 jours (12 mois)
Prophylaxie post-exposition hépatite B				
Produit sanguin autologue (incluant « blood patch »)	Accepter			
Immunoglobuline Anti-D (WinRho, Rhogamm)	Accepter			
PROSTATE, hypertrophie bénigne	Famille élargie	Accepter		

1.16. SECTION R

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
RAGE	Personne infectée		Interdire		
			ATCD 3080 Rage	Date du jour	Définitive
	Mère mordue et traitée comme si l'animal avait la rage (La morsure doit avoir été faite par un animal non connu de la mère)		Interdire		
			ATCD 3071 Morsure rage	Date de morsure et traitement	364 jours (12 mois)
	Mère vaccinée en prophylaxie (Respecter délai vaccination)		Accepter		
RAYNAUD, maladie de	Mère du bébé	Si associé à une maladie auto-immune	Approbation médicale		
			Si refus		
			ATCD 3083 Refus médical : Grossesse	Date de diagnostic	Selon DM
			Raynaud associé à maladie auto-immune		
			OU		
			ATCD 3081 Refus médical : Définitif	Date de diagnostic	Définitive
			Raynaud associé à maladie auto-immune		
		Si non associé à une maladie auto-immune	Accepter		
	Famille élargie		Accepter		
REFLUX GASTRIQUE			Accepter		
RÉTINITE	Mère du bébé		Se référer à la condition sous-jacente ayant causé la rétinite		
	Famille élargie		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
ROUGEOLE	Personne exposée	Mère du bébé	Vaccinée ou antécédents de rougeole	Accepter		
			Non vaccinée et sans antécédent de rougeole	Interdire		
			ATCD 3144 Infection	Date de la première exposition	27 jours (4 semaines) après la dernière exposition	
			Exposée à la rougeole, non vaccinée et sans ATCD			
	Famille élargie		Accepter			
RUBÉOLE	Personne infectée		Interdire			
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)	
			Rubéole			
	Personne exposée	Vaccinée ou antécédents de rubéole		Accepter		
		Non vaccinée et sans antécédent de rubéole		Interdire		
				ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
		Exposée à la rubéole, non vaccinée et sans ATCD				

1.17. SECTION S

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
SARM / SARO (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline / oxacilline)	Porteuse		Accepter		
	Personne exposée		Accepter		
SCARLATINE	Personne exposée		Accepter		
SCHIZOPHRÉNIE			Accepter		
SEPTICÉMIE			Interdire		
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
			Septicémie		
SORIATANE			Approbation médicale		
			Si refus		
			ATCD 3097 Soriatane	Date dernière dose	Selon MD
SPINA BIFIDA			Accepter		
SPONDYLITE ANKYLOSANTE	Spondylarthrite ankylosante	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Accepter		
			Avis transplanteur (pas de numéro)		
		Spondylite ankylosante et personne atteinte, en anglais			
	Famille élargie		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
STÉATOSE HÉPATIQUE	Foie gras		Accepter			
STREPTOCOQUE B	Au niveau vaginal traité avec antibiotiques préventifs lors de l'accouchement		Accepter			
STRESS POST-TRAUMATIQUE			Accepter			
SUBSTANCES TOXIQUES	Mercure	La mère travaille dans une clinique dentaire	Accepter			
		Toute autre situation	Approbation médicale			
			Si refus	ATCD 3065 Mercure	Date d'exposition	Selon MD
	Pesticides		Approbation médicale			
			Si refus	ATCD 3074 Pesticides	Date d'exposition	Selon MD
	Plomb	La mère travaille dans un milieu où elle est en contact avec du plomb (ex : clinique dentaire ou vétérinaire); indiquer la méthode de protection utilisée	Accepter			
			Approbation médicale			
Toute autre situation		Si refus	ATCD 3076 Plomb	Date d'exposition	Selon MD	
SURDITÉ			Accepter			
SYPHILIS	Personne infectée ou avec antécédent de syphilis		Interdire			
			ATCD 9180 Syphilis sans résultat	Date du jour	Définitive	

1.18. SECTION T

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
TATOUAGE (maquillage permanent)	Utilisation d'instruments/encres partagés (non personnels)	Interdire		
		ATCD 3101 Tatouage	Date du tatouage	179 jours (6 mois)
	Utilisation d'instruments/encres personnels ou à usage unique	Accepter		
TDA / TDAH (Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité)		Accepter		
TÉGISON		Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3091 Tégison	Date dernière dose	Selon MD
TOXICOMANIE	Drogues par voie orale ou nasale	Accepter		
	Au cours des 12 derniers mois, s'être injecté des drogues ou des médicaments (de façon intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée) pour des motifs non médicaux	Interdire		
		ATCD 0175 Toxicomanie – Injection	Date dernière dose	1824 jours (5 ans)
TOXOPLASMOSE		Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3144 Infection Toxoplasmose	Date d'accouchement	Selon MD
TRANS NON BINAIRE OU EN PROCESSUS DE TRANSITION		Accepter		
TREMBLEMENTS ESSENTIELS		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
TUMEUR BÉNIGNE	Adénome Tumeur bénigne au cerveau Granulome annulaire Hémangiome hépatique Lipome Méningiome	Neurinome acoustique Nodule des cordes vocales Polype du côlon Polype, autre que polype du côlon Prolactinome	Accepter		

1.19. SECTION U

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
ULCÈRE BUCCAL		Accepter		
URTICAIRE		Accepter		

1.20. SECTION V

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
VACCINATION	Se référer à la liste des vaccins		Accepter ou Interdire			
VARICELLE	Personne infectée		Interdire			
			ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)	
			Varicelle			
	Personne exposée	Vaccinée ou antécédents de varicelle		Accepter		
		Non vaccinée et sans antécédent de varicelle		Interdire		
				ATCD 3144 Infection	Date d'exposition à un malade présentant des SS	27 jours (4 semaines)
		Exposée à la varicelle, non vaccinée et sans ATCD				
VARICES			Accepter			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
VARIOLE (Vaccination)	Mère vaccinée ou ayant eu un contact avec une personne vaccinée de son entourage (vivant sous le même toit)	Interdire		
		ATCD 3093 Vaccination	Date du vaccin	89 jours (3 mois)
VARIOLE DU SINGE (SIMIENNE)	Personne infectée	Interdire		
		ATCD 3144 Infection	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
		Variole du singe		
	Personne exposée Exposition : Contact avec la peau ou les sécrétions biologiques (ex : relation sexuelle), avec un objet contaminé (ex : vêtement) ou interaction face à face, sans masque, pendant plus de 3 heures (ex : habiter sous le même toit)	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 3144 Infection Contact Variole du singe	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)
Mère vaccinée (Imvamune)	Accepter			
VERRUES		Accepter		
VERTIGES OCCASIONNELS	Sans pathologie sous-jacente	Accepter		
VESSIE HYPERACTIVE		Accepter		
VIH	SIDA ou résultat du test de dépistage positif	Interdire		
		ATCD 9190 Anti-VIH 1/2 sans résultat	Date du jour	Définitive

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
VIH VARIANT	Séjour en zone endémique	Depuis 1977, être née, avoir voyagé ou résidé plus de 12 mois dans un territoire endémique*	Accepter		
			Avis transplanteur 000546		
			Pays, Dates et Durée, en anglais (ex : Chad, from 1989-06 to 1990-07, for a total of 13 months)		
	Transfusion sanguine	Durant le séjour en territoire endémique*, avoir reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins	Accepter		
			Avis transplanteur 000547		
			Pays et Année, en anglais (ex : Cameroon, 1980)		
	Partenaire sexuel	La mère a eu une relation sexuelle avec un homme qui est né ou qui a vécu dans un territoire endémique* depuis 1977	Accepter		
			Avis transplanteur 000548		
			Pays et Année du dernier contact sexuel, en anglais (ex : Kenya, 1989)		
	*Territoires endémiques (Afrique)				
	Bénin Cameroun République d'Afrique Centrale Congo (n'inclut pas la République Démocratique du Congo (Zaïre)) Guinée Équatoriale Gabon	Kénya Niger Nigéria Sénégal Tchad Togo Zambie			
VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO)	Infection diagnostiquée ou suspectée	Interdire		Diagnostic ou début de l'infection (date la plus tardive)	119 jours (4 mois)
		ATCD 3144 Infection			
		VNO			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
VITILIGO	Mère, père, frère ou sœur du bébé (1 ^{er} degré)	Accepter		
		Avis transplanteur (pas de numéro)		
		Vitiligo et personne atteinte, en anglais		
	Famille élargie	Accepter		

1.21. SECTION Z

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN		
ZIKA (Virus)	Personne infectée	Questionnaire ante-partum	Interdire	Date du jour	269 jours (9 mois)	
			ATCD 3151 ZIKA – Grossesse en cours			
			Personne infectée ZIKA			
		Questionnaire post-partum	Interdire	Date d'accouchement	269 jours (9 mois)	
						ATCD 3151 ZIKA – Grossesse en cours
						Personne infectée ZIKA
Voyage en zone endémique*	Questionnaire ante-partum	Accepter				
	Questionnaire post-partum	Accepter				

* Il n'est plus nécessaire de consulter le site de la CDC pour identifier les zones endémiques puisque tout voyage est acceptable

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
ZIKA (Virus) (suite)	Relation sexuelle avec une personne ayant eu un diagnostic d'infection au virus Zika dans les 6 mois précédant la relation sexuelle	Questionnaire ante-partum	Accepter			
		Questionnaire post-partum	Accepter			
	Relation sexuelle avec une personne ayant voyagé en zone endémique* dans les 6 mois précédant la relation sexuelle	Questionnaire ante-partum	Accepter			
		Questionnaire post-partum	Accepter			
ZONA (Ramsay Hunt, syndrome de)	Personne infectée (Une névralgie post-herpétique (après la guérison) n'est pas un motif d'interdiction)	Mère du bébé	Interdire			
			ATCD 3144 Infection	Guérison des lésions cutanées (séchées ou disparues)	20 jours (3 semaines)	
			Zona			
		Famille élargie	Accepter			
	Personne exposée	Vaccinée (varicelle) ou antécédent de varicelle; tenir compte du délai d'interdiction du vaccin		Accepter		
		Non vaccinée (varicelle) et sans antécédent de varicelle	Mère du bébé	Interdire		
				ATCD 3144 Infection	Date d'exposition	269 jours (9 mois)
			Exposée au zona, non vaccinée et sans ATCD de varicelle			
	Famille élargie	Accepter				

ANNEXE 1 – LISTE DES VACCINS INACCEPTABLES

Note : Seuls les vaccins reçus AVANT le prélèvement du sang de cordon doivent être pris en compte et tous les vaccins non listés sont acceptables.

Ajouter débutant en date du vaccin

VACCINS CONTRE	NOM DU VACCIN		DUREE
Fièvre jaune	YF-Vax (s.c.)		27 jours (4 semaines)
Fièvre typhoïde	Vivotif (p.o.)		27 jours (4 semaines)
Hépatite A – hépatite B	Twinrix (i.m.)		27 jours (4 semaines)
Hépatite B	Engerix B (i.m.)	Recombivax - HB (i.m.)	27 jours (4 semaines)
Rougeole – oreillons – rubéole	M-M-R (s.c.)	Priorix (s.c.)	27 jours (4 semaines)
Rougeole – oreillons – rubéole – varicelle	ProQuad (s.c.)	Priorix-Tetra (s.c.)	89 jours (3 mois)
Varicelle	Varilrix (s.c.)	Varivax III (s.c.)	89 jours (3 mois)

ANNEXE 2 – LISTE D’ANTÉCÉDENTS (ATCD) NON INCLUS AU MCSD SANG DE CORDON

LÉGENDE :

Automatique modifiable	Automatique non modifiable	À saisir	À modifier
------------------------	----------------------------	----------	------------

ATCD	LIBELLÉ		DÉBUT	DURÉE ou FIN
3015	Barrière linguistique		Date du jour	269 jours (9 mois)
3036	En investigation	Ante-partum	Date du jour	269 jours (9 mois)
		Post-partum	Date d'accouchement	59 jours (2 mois)
3050	Incapable de contacter la mère		Date du jour	269 jours (9 mois)
3069	Mère ne désire plus participer		Date du jour	269 jours (9 mois)
3081	Refus médical : Définitif	Ante-partum	Date du jour	Définitive
		Post-partum	Date d'accouchement	Définitive
3083	Refus médical : Grossesse	Ante-partum	Date du jour	Selon MD
		Post-partum	Date d'accouchement	Selon MD
3147	Distribution exceptionnelle		Date du jour	Définitive
5020	Lien de confiance brisé		Date du jour	Définitive

2. RÉDACTION / RÉVISION

Révision : Valérie Désautels, *Coordonnateur qualité, conformité et projets opérationnels*

3. LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
1. Critère 1.21 Section Z Zika	Intégration de la DIR-01365	Mettre fin à l'exclusion des donneuses de sang de cordon ayant voyagé en zone endémique pour le virus Zika ou qui ont eu des relations sexuelles avec une personne ayant voyagé en zone endémique ou eu une infection au virus Zika.	DIR-01365[0] CC-PRB-02416
Réf. CFA : OC-09240			

Numéro du document	MAN-00605 [6]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	04-03-2024
Service responsable	Registre des donneuses de lait maternel
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
SPE-00924	Lait - Codes d'antécédents
PFN-00938	Qualification au don de lait maternel
PFN-00925	Gestion des critères de sélection des donneurs

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Christian Renaud	13-02-2024
Laboratoire banque sang de cordon	Diane Fournier	09-02-2024
Assurance qualité	Annie Jacques	13-02-2024

LÉGENDE :

Automatique modifiable	Automatique non modifiable	À saisir	À modifier
------------------------	----------------------------	----------	------------

SS : Signes et symptômes

CRITÈRES

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
AIGUILLE SOUILLÉE	Blessure avec une aiguille ayant pénétré un tissu humain	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de blessure	179 jours (6 mois)
		Blessure aiguille souillée		
ALCOOL	Consommation quotidienne de plus de : 355 mL (12 oz) bière <u>ou</u> 300 mL (10 oz) Cooler au vin <u>ou</u> 150 mL (5 oz) vin <u>ou</u> 45 mL (1,5 oz) alcool fort	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du jour	Fin du programme
		Alcool inacceptable		
	Consommation quotidienne de ... et moins : 355 mL (12 oz) bière <u>ou</u> 300 mL (10 oz) Cooler au vin <u>ou</u> 150 mL (5 oz) vin <u>ou</u> 45 mL (1,5 oz) alcool fort	Accepter, mais aviser la donneuse d'attendre 12h après la consommation avant de prélever son lait		
		Pour une consommation occasionnelle de ... et moins : 4 x 355 mL (12 oz) bière <u>ou</u> 4 x 300 mL (10 oz) Cooler au vin <u>ou</u> 4 x 150 mL (5 oz) vin <u>ou</u> 4 x 45 mL (1,5 oz) alcool fort	Accepter, mais aviser la donneuse d'attendre 12h après la consommation avant de prélever son lait	
Pour une consommation occasionnelle de plus de : 4 x 355 mL (12 oz) bière <u>ou</u> 4 x 300 mL (10 oz) Cooler au vin <u>ou</u> 4 x 150 mL (5 oz) vin <u>ou</u> 4 x 45 mL (1,5 oz) alcool fort	Accepter, mais aviser la donneuse d'attendre 24h après la consommation avant de prélever son lait			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
AMYGDALITE	Streptocoque du groupe A	Interdire	Date de début des SS	Date de fin des SS et des antibiotiques si prescrits
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01		
		Amygdalite		
ARBOVIRUS (Ex : Chikungunya, Dengue, Zika, etc.)	Personne infectée	Approbation médicale	Selon Directeur médical ou son délégué	Selon Directeur médical ou son délégué
		Si refus		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01		
		Personne infectée – arbovirus impliqué		
	Voyage en zone à risque Toute zone non mentionnée dans la liste suivante (INCLUANT LES CROISIÈRES) est automatiquement considérée à risque :	Interdire	Date de départ	20 jours après la date de retour
		ATCD 3146 Voyage risque arbovirus < 21j		
	Région visitée			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
ARBOVIRUS (Ex : Chikungunya, Dengue, Zika) (suite)	Albanie Allemagne Andorre Autriche Belgique Biélorussie Bosnie-Herzégovine Bulgarie Canada Croatie Danemark Espagne Estonie États-Unis SAUF : - Guam - Hawaï - Mariannes du Nord (Îles) - Porto Rico - Vierges américaines (Îles) Finlande France SAUF : - Guyane Française - Guadeloupe - Île de la Réunion - Marie-Galante - Martinique - Mayotte - Nouvelle-Calédonie - Polynésie française incluant Tahiti - Saint-Barthélemy - Saint-Martin - Saint-Pierre et Miquelon - Wallis-et-Futuna Gibraltar Grèce Hongrie	Irlande Islande Italie Kosovo Lettonie Liechtenstein Lituanie Luxembourg Macédoine Malte Moldavie Monaco Monténégro Norvège Pays-Bas SAUF : - Saint-Martin (Sint-Maarten) Pologne Portugal République tchèque Roumanie Royaume-Uni : - Angleterre - Écosse - Îles Anglo-Normandes : - Île de Guernesey - Île de Jersey - Île de Man - Irlande du Nord - Pays de Galles Russie Saint-Marin Serbie Slovaquie Slovénie Suède Suisse Ukraine Vatican			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
BRONCHITE			Accepter		
CANCER	Cancer (carcinome) de la peau, à l'exception du mélanome Épithélioma baso-cellulaire ou spino-cellulaire	Traité avec succès	Accepter		
		En attente du suivi confirmant le succès du traitement (un suivi périodique après cette confirmation n'est pas un motif d'interdiction)	Interdire jusqu'au suivi		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du diagnostic	Fin du programme
		Épithélioma (baso-cellulaire ou spino-cellulaire) en traitement			
		Accepter après suivi si succès			
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du diagnostic	Date du suivi	
	Cancer hématopoïétique (leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin, myélome multiple, syndrome myélodysplasique, sarcome de Kaposi) et mélanome		Interdire		
		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente		364 jours (12 mois) avant la date du diagnostic	Définitive
		Type de cancer			
	Cancer (carcinome) du col de l'utérus <i>in situ</i>	Traité avec succès	Accepter		
		En attente du suivi confirmant le succès du traitement (un suivi périodique après cette confirmation n'est pas un motif d'interdiction)	Interdire jusqu'au suivi		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du diagnostic	Fin du programme
Cancer du col <i>in situ</i> en traitement					
Accepter après suivi si succès					
ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01		Date du diagnostic	Date du suivi		
	Cancer du col <i>in situ</i> traité avec succès				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
CANCER (suite)	Cellules pré-cancéreuses incluant : - Cellules atypiques - Atypie cellulaire - Kératose actinique - Dysplasie cervicale	Peu importe l'organe ou la partie du corps touchée	Accepter		
	Autres types de cancer	Traité avec succès	Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du diagnostic	1094 jours (3 ans) après le diagnostic
		Type de cancer, traité avec succès			
		En attente du suivi confirmant le succès du traitement (un suivi périodique après cette confirmation n'est pas un motif d'interdiction)	Interdire		
	ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01		Date du diagnostic	Fin du programme	
Antécédents familiaux de cancer		Accepter			
CANDIDOSE BUCCALE (muguet)	Chez le bébé		Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	Date de fin des SS
			Candidose buccale		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
CHIRURGIE (Pour des cellules pré-cancéreuses, voir CANCER)	Si la condition sous-jacente est acceptable	Accepter		
	Si un doute persiste	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif	Date de l'intervention	Définitive
		Type d'intervention		
		OU		
	ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire	Date de l'intervention	Selon Directeur médical ou son délégué	
	Type d'intervention			
CHLAMYDIA		Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du diagnostic	7 jours après l'arrêt des antibiotiques
		Chlamydia		
CHORIOAMNIONITE		Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du diagnostic	Date de fin des antibiotiques
		Chorioamnionite		
CINQUIÈME MALADIE (Parvovirus B19)	Personne infectée	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	30 jours avant le début des SS	20 jours (3 semaines) après la fin des SS
		Cinquième maladie		
	Personne exposée	Accepter		
CONJONCTIVITE		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
CONTACT AVEC DU SANG	Via une plaie ouverte, une peau non intacte ou une muqueuse	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du contact	179 jours (6 mois)
		Type de contact avec du sang		
COVID-19 (Coronavirus)	Infection 1) (se référer au critère Grippe, COVID-19 ou mal de gorge non-défini) Note : Une suspicion d'infection est acceptable	Interdire		
	Contact 2) avec une personne infectée ou suspectée d'être infectée 3) ou ordre de mise en quarantaine par les autorités sanitaires (Santé publique)	Accepter		
	Voyage dans une zone à risque	Accepter		

1) Une anosmie (perte de l'odorat) ou agueusie (perte du goût) résiduelle, après la période d'interdiction, n'est pas un motif d'interdiction.

Une infection à la COVID-19 est « suspectée » dans les cas suivants :

- Une investigation est en cours par les autorités sanitaires;
- La donneuse est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19;
- La donneuse est en attente d'un rendez-vous pour le dépistage de la COVID-19;
- La donneuse a un résultat positif à un test rapide (antigène).

Attendre le résultat du test de dépistage si en cours (accepter si résultat négatif).

2) La donneuse doit avoir été informée du contact et non une simple supposition par la donneuse elle-même.

3) Une infection à la COVID-19 est considérée comme « suspectée » chez un contact dans les cas suivants :

- Une investigation est en cours par les autorités sanitaires pour le contact ;
- Le contact a un résultat positif à un test rapide (antigène).

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
CYTOMÉGALOVIRUS (CMV)	Avec ou sans hépatite	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	30 jours avant le début des SS	179 jours (6 mois) après la fin des SS
		CMV		
DERMATITE (non infectieuse)	Tout type de dermatite non infectieuse (ex : eczéma, urticaire)	Accepter		
DÉTENTION	Dans un centre de détention pour jeunes contrevenants, une prison ou un pénitencier pendant plus de 72h consécutives dans les 12 derniers mois	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début de la détention	364 jours (12 mois) après la libération
		Type de détention		
ENCÉPHALITE	La phase active de la maladie est marquée par la présence de SS et nécessité d'un suivi médical	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	89 jours (3 mois) après la fin des SS et du suivi médical
		Encéphalite		
GASTRO-ENTÉRITE	Personne infectée (2 épisodes de diarrhées ou vomissements en 24 hrs)	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	6 jours après la fin des SS
	Gastro-entérite			
	Personne exposée	Accepter		
GÈNE DÉFECTUEUX (PORTEUSE DE) SANS MALADIE		Accepter		
GONORRHÉE		Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du diagnostic	364 jours (12 mois) après la fin du traitement
		Gonorrhée		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
GREFFE	Autogreffe	Accepter			
	Dure-mère synthétique	Accepter			
	Dure-mère cadavérique d'origine humaine	Interdire			
		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente Greffe dure-mère	Date de greffe	Définitive	
	Tissu ou organe	Interdire			
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01 Type de greffe	Date de greffe	179 jours (6 mois)	
GRIPPE COVID-19 MAL DE GORGE NON DÉFINI	Voir plus bas pour le rhume	Interdire			
	Note : Une anosmie (perte de l'odorat) ou agueusie (perte du goût) résiduelle, n'est pas un motif d'interdiction.	ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01 Type d'infection	Date de début des SS	Date de fin des SS	
GROSSESSE (complications) (Si intervention chirurgicale pendant la grossesse, voir CHIRURGIE)	Toute complication autre que citée ci-dessous	Approbation médicale			
		Si refus			
		ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif Type de complication	Date de la complication	Définitive	
		OU			
		ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire Type de complication	Date de la complication	Selon Directeur médical ou son délégué	

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
GROSSESSE (complications) (Si intervention chirurgicale pendant la grossesse, voir CHIRURGIE) (suite)	Cerclage du col Cholestase de grossesse Détachement placentaire Diabète Gastro-entérite Grossesse antérieure (ectopique ou œuf clair) Hypertension Hypothyroïdie en grossesse Infection urinaire	Menace de travail pré-terme Nausées Placenta prævia ou anomalies des vaisseaux sanguins (artères ou veines) du placenta Saignement Thrombocytopénie de grossesse Thrombophilie ¹⁾ Thrombose veineuse Vomissements	Accepter		
HÉPATITE	Note : Entourage = Contact étroit avec une personne atteinte d'une hépatite virale cliniquement active (ex : vivant au même endroit, où elles partagent la cuisine et la salle de bain)				
	Ictère du nouveau-né ou jaunisse néonatale	Entourage	Accepter		

1) Toute anomalie, ex : anticoagulant lupique, antiphospholipides, déficit antithrombine III, déficit en protéine C, déficit en protéine S, facteur II, facteur V de Leiden, mutation co facteur II prothrombine, MTHFR).

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
HÉPATITE (suite)	Hépatite liée :	À la mononucléose	Se référer au critère Mononucléose	Interdire		
		Au cytomégalovirus	Se référer au critère Cytomégalovirus	Interdire		
		À un médicament		Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01		Date du début des SS	Date de fin des SS
			Hépatite médicamenteuse			
		À l'alcool		Interdire		
	ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01			Date du début des SS	Date de fin des SS	
	Hépatite liée à l'alcool					
		À des calculs biliaires	Calculs asymptomatiques ou symptômes résolus	Accepter		
	Hépatite A	Personne infectée	Antécédent	Accepter		
			En phase aigüe	Interdire		
				ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01		27 jours (4 semaines) avant le début des SS ou le diagnostic si aucun SS
			Hépatite A			
Personne exposée vaccinée		Entourage ou Partenaire sexuel	Accepter			
Personne exposée non vaccinée		Entourage ou Partenaire sexuel		Interdire		
	ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01			Date du premier contact	364 jours (12 mois)	
	Exposée Hépatite A					

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
HÉPATITE (suite)	Hépatite B	Guérie	Anti-HBc positif et TAN négatif	Accepter		
		Personne infectée (aigüe ou chronique)	AgHBs ou VHB positif	Interdire		
				ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du début du programme	Définitive
		Personne exposée vaccinée	Entourage ou Partenaire sexuel	Approbation médicale		
				Si refus		
				ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du premier contact	364 jours (12 mois) après le dernier contact
	Personne exposée non vaccinée	Entourage ou Partenaire sexuel	Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du premier contact	364 jours (12 mois) après le dernier contact	
			Exposée Hépatite B			
	Hépatite C	Personne infectée (aigüe ou chronique) OU Personne guérie		Interdire		
				ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du début du programme	Définitive
				Hépatite C		
		Personne exposée	Entourage	Accepter		
Partenaire sexuel			Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du premier contact sexuel	364 jours (12 mois) après le dernier contact sexuel	
	Partenaire sexuel Hépatite C					

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
HÉPATITE (suite)	Hépatite E	Antécédent	Accepter		
		Personne infectée	Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	27 jours (4 semaines) avant la date du diagnostic	179 jours (6 mois)
			Hépatite E		
		Personne exposée (Entourage ou partenaire sexuel)	Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du premier contact	364 jours (12 mois) après le dernier contact
	Exposée Hépatite E				
	Hépatite étiologie inconnue (du médecin ou de la donneuse)	Personne infectée	Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	89 jours (3 mois) avant le début des SS ou le diagnostic si aucun SS	179 jours (6 mois) après la fin des SS ou le diagnostic si aucun SS
			Hépatite étiologie inconnue		
Personne exposée Aigüe OU Chronique (implique un suivi médical à vie)		Entourage et Partenaire sexuel	Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du premier contact	364 jours (12 mois) après le dernier contact
			Exposée Hépatite étiologie inconnue		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
HERPÈS SIMPLEX LABIAL/GÉNITAL			Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	3 jours avant l'apparition de la 1 ^{re} lésion	Date de fin de la guérison des lésions
			Herpès simplex, lésion active		
HORMONES	Hormones de croissance humaine	Reçues avant 1986 (peu importe le lieu de traitement) ou Reçues en 1986 ou après, si le traitement a eu lieu dans un autre pays que le Canada ou les États-Unis	Interdire	Date de la dernière prise	Définitive
			ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente		
			Hormones de croissance		
			Accepter		
		Reçues en 1986 ou après, si le traitement a eu lieu au Canada ou aux États-Unis	Accepter		
	Insuline bovine	Accepter			
HOSPITALISATION (Si la donneuse a été hospitalisée pour une chirurgie, voir CHIRURGIE)	Si la condition sous-jacente est acceptable		Accepter		
	Si un doute persiste		Approbation médicale		
			Si refus		
			ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif	Date de l'hospitalisation	Définitive
			Hospitalisation (Cause ou Maladie)		
			OU	Date de l'hospitalisation	Selon Directeur médical ou son délégué
	ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire				
		Hospitalisation (Cause ou Maladie)			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
HTLV I/II	Infection (résultat du test de dépistage positif)	Interdire		
		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date de début du programme	Définitive
		Anti-HTLV I/II sans résultat		
	Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec une personne qu'elle savait ou soupçonnait être infectée au HTLV I/II	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du premier contact sexuel	364 jours (12 mois) après le dernier contact sexuel
		Partenaire sexuel HTLV I/II		
INFECTION DE LA PEAU		Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	Date de fin des SS et des antibiotiques et suivi médical n'est plus requis
		Infection de la peau		
INFECTION URINAIRE (cystite)		Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	Date de fin des SS et des antibiotiques
		Infection urinaire		
INFECTION VAGINALE	Vaginite	Accepter		
INFECTIONS NON LISTÉES		Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif	Date du diagnostic	Définitive
		Type d'infection		
		OU		
		ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire	Date du diagnostic	Selon Directeur médical ou son délégué
Type d'infection				

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG (facteurs de risque)	Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec une personne qu'elle savait ou soupçonnait être infectée au VIH, VHB cliniquement actif ou VHC cliniquement actif	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de la première relation sexuelle	364 jours (12 mois) après la dernière relation sexuelle
		Partenaire sexuel potentiellement infecté		
	Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec une personne qui s'est injecté des drogues ou des médicaments (de façon intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée) pour des motifs non médicaux au cours des 12 derniers mois	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de la première relation sexuelle	364 jours (12 mois) après la dernière relation sexuelle
		Partenaire sexuel drogues		
	Au cours des 3 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec un homme qui a eu une relation sexuelle avec un homme dans les 12 derniers mois	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de la première relation sexuelle	89 jours (3 mois) après la dernière relation sexuelle
		Partenaire sexuel HARSAH		
	Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle avec une personne ayant eu une relation sexuelle en échange d'argent ou de drogues au cours des 12 derniers mois	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de la première relation sexuelle	364 jours (12 mois) après la dernière relation sexuelle
		Partenaire sexuel échange d'argent ou drogues		
Au cours des 12 derniers mois, avoir eu une relation sexuelle en échange d'argent ou de drogues	Interdire			
	ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de la première relation sexuelle	364 jours (12 mois) après la dernière relation sexuelle	
	Relation sexuelle échange d'argent ou drogues			
MALADIES HÉRÉDITAIRES		Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du diagnostic	Définitive
		Maladie héréditaire		

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN
LABYRINTHITE		Accepter		
MAINS-PIEDS-BOUCHE	Personne infectée	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	14 jours après la fin des SS
	Mains-pieds-bouche			
	Personne exposée	Accepter		
MASTITE ET AUTRES INFECTIONS BACTÉRIENNES OU FONGIQUES AU SEIN	Avec prise d'antibiotique	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	6 jours après la fin des signes et symptômes
	Type d'infection			
	Mastite non-infectieuse (obstruction canal lactifère)	Accepter		
MÉDICAMENTS	Se référer à la liste des médicaments (Annexe 1); Si le médicament n'est pas dans la liste et que la mère a ou va cesser la prise	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif	Date 1 ^{re} dose	Définitive
		OU		
		ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire	Date 1 ^{re} dose	Selon Directeur médical ou son délégué
MÉNINGITE	La phase active de la maladie est marquée par la présence de SS et nécessité d'un suivi médical	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	Date de fin des SS et du suivi médical
		Méningite		
MONONUCLÉOSE (EBV)	Avec ou sans hépatite	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	30 jours avant le début des SS	179 jours (6 mois) après la fin des SS
		Mononucléose		

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN
MYCOSES SUPERFICIELLES	Au niveau du sein	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date d'apparition de la 1 ^{re} lésion	Date de fin du traitement
	Mycoses superficielles au sein			
	Autre endroit (incluant le pied d'athlète)	Accepter		
NÉPHROLOGIE	Calcul rénal, pyélonéphrite	Accepter		
	Anomalie ou chirurgie rénale ou urétrale	Accepter		
	Insuffisance rénale chronique et/ou transplantation rénale	Interdire		
		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente (Insuffisance rénale chronique et/ou transplantation rénale)	Date du diagnostic ou de la transplantation	Définitive
	Toute autre pathologie	Approbation médicale		
		Si refus		
		ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif	Date du diagnostic	Définitive
		Type d'anomalie		
		OU		
		ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire	Date du diagnostic	Selon Directeur médical ou son délégué
Type d'anomalie				
NEUROLOGIE	Alzheimer (maladie d')	Interdire		
		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du diagnostic	Définitive
		Alzheimer		

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN	
NEUROLOGIE (suite)	Encéphalopathies spongiformes (maladies à prions)	Creutzfeldt-Jakob (forme classique)	Personne infectée	Interdire		
				ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du diagnostic	Définitive
				MCJ		
			Type familial (Tout sujet apparenté par le sang à la donneuse (parents, enfants, frère, sœur) chez qui on a posé un diagnostic de la maladie de CJ)	Interdire		
				ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du diagnostic	Définitive
				MCJ et Personne atteinte		
		Creutzfeldt-Jakob (variante de la maladie)	Personne infectée	Interdire		
				ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du diagnostic	Définitive
				vMCJ		
		Voyage en zone endémique				
		Entre 1980 et 1996 inclusivement, si la durée cumulative des séjours est de 3 mois ou plus : - France (incluant la Corse et Monaco)¹⁾ - Royaume-Uni²⁾		Interdire		
		Entre 1980 et 1996 inclusivement, si la durée cumulative des séjours est de 6 mois ou plus : Arabie Saoudite				
Entre 1980 et 2007 inclusivement, si la durée cumulative des séjours est de 5 ans ou plus : Europe de l'Ouest³⁾		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date de retour	Définitive		
		vMCJ Voyage, Pays, Dates et Durée				
Transfusion sanguine (sang, globules rouges, plaquettes ou plasma) depuis le 1 ^{er} janvier 1980 : - France¹⁾ - Royaume-Uni²⁾ - Autres pays d'Europe de l'Ouest³⁾		Interdire				
		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du retour	Définitive		
		vMCJ Transfusion, Pays et Date				

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION			ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN	
NEUROLOGIE (suite)	1) France (incluant la Corse et Monaco) Territoires non concernés : Guyane Française Guadeloupe Île de la Réunion Martinique Mayotte Nouvelle-Calédonie St-Pierre et Miquelon Wallis-et-Futuna	2) Royaume-Uni Territoires concernés : Angleterre (England) Irlande du Nord (Northern Ireland) Île de Man (Isle of Man) Îles Anglo-Normandes (Channel Island's) : Île de Guernsey (Guernsey) Île de Jersey (Jersey) Écosse (Scotland) Pays de Galles (Wales)	3) Europe de l'Ouest Allemagne Autriche Belgique Danemark Espagne Gibraltar Italie Liechtenstein Luxembourg Pays-Bas Portugal République d'Irlande Suisse				
				Autres encéphalopathies spongiformes	Interdire		
				Parkinson (maladie de) Sclérose en plaques Sclérose latérale amyotrophique	ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du diagnostic	Définitive
			Type de maladie				
	Épilepsie		Accepter				
	Autre maladie neurologique		Approbation médicale				
			Si refus				
			ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif	Date du diagnostic	Définitive		
			Type de maladie				
			OU				
		ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire	Date du diagnostic	Selon Directeur médical ou son délégué			
		Type de maladie					

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
OTITE			Accepter			
PERÇAGE DE LA PEAU	Aiguilles à usage unique ou personnelles utilisées		Accepter			
	Autres aiguilles utilisées		Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du perçage	89 jours (3 mois)	
			Perçage de la peau			
PNEUMOLOGIE	Asthme		Accepter			
	Histoplasmose		Approbation médicale	Date de début des SS	89 jours (3 mois) après la fin des SS	
			Si refus			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01			
			Histoplasmose			
	Tuberculose	Active	Approbation médicale		Date de début des médicaments et du suivi médical	89 jours (3 mois) après la fin des médicaments et du suivi médical
			Si refus			
			ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire			
			Tuberculose			
			Latente	Accepter		
PNEUMONIE			Interdire	Date de début des SS	Date de fin des SS et des antibiotiques	
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01			
			Pneumonie			

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN
PRODUITS DE SANTÉ NATURELS, SUPPLÉMENTS À BASE D'HERBES OU PRODUITS HOMÉOPATHIQUES	Consommation régulière de tisane (plus de 2 par jour) ou Consommation régulière ou irrégulière de tisane contenant du Fenugrec (par exemple la tisane « Lait maternel™ »)	Donneuse décide de cesser	Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début de consommation	6 jours après la fin de la consommation
			Produits naturels interrompus		
		Donneuse décide de continuer	Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début de la consommation	Fin du programme
			Produits naturels		
	Consommation irrégulière de tisane (2 tisanes par jour maximum), sauf si elle contient du Fenugrec (voir ci-dessus)		Accepter		
	Produits de santé naturels, suppléments à base d'herbes ou produits homéopathiques (ex : levure de bière)	Donneuse décide de cesser	Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début de la consommation	6 jours après la fin de la consommation
			Produits naturels interrompus		
Donneuse décide de continuer		Interdire			
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début de la consommation	Fin du programme	
		Produits naturels			
Minéraux, suppléments d'huile de poisson (acides gras oméga-3), lécithine, probiotiques		Accepter			
Utilisation d'herbes pour la cuisson		Accepter			
PRODUITS SANGUINS	Sang total, globules rouges, plaquettes, plasma ou granulocytes	Interdire			
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de transfusion du produit	179 jours (6 mois)	
		Type de produit			
	Immunoglobulines contre : Cytomégalovirus (CMV), Tétanos, Varicelle, Zona Gammaglobulines intramusculaires	Se référer à la condition sous-jacente ayant nécessité l'administration et interdire s'il y a lieu			
Type de produit					

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN
PRODUITS SANGUINS (suite)	Prophylaxie post-exposition à l'hépatite B	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date d'administration du produit	364 jours (12 mois)
		Prophylaxie post-exposition hépatite B		
	Produit sanguin autologue (incluant «blood patch»)	Accepter		
	Immunoglobuline Anti-D (WinRho, Rhogamm)	Accepter		
RAGE	Personne infectée	Interdire		
		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du diagnostic	Définitive
		Rage		
	Donneuse mordue et traitée comme si l'animal avait la rage (La morsure doit avoir été faite par un animal non connu de la donneuse)	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de morsure et traitement	364 jours (12 mois)
		Morsure rage		
	Donneuse vaccinée en prophylaxie	Accepter		
RHUME (ou allergies saisonnières)		Accepter		
ROSÉOLE		Accepter		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
ROUGEOLE	Personne infectée		Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. Temporaire 01	40 jours avant le début des SS	20 jours (3 semaines) après la fin des SS	
			Rougeole			
	Personne exposée	Vaccinée ou antécédents de rougeole		Accepter		
		Non vaccinée et sans antécédent de rougeole		Interdire		
				ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date d'exposition à un personne infectée présentant des SS	27 jours (4 semaines) après le dernier contact avec le malade
Exposée à la rougeole						
RUBÉOLE	Personne infectée		Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	40 jours avant le début des SS	20 jours (3 semaines) après la fin des SS	
			Rubéole			
	Personne exposée	Vaccinée ou antécédents de rubéole		Accepter		
		Non vaccinée et sans antécédent de rubéole		Interdire		
				ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date d'exposition à un malade présentant des SS	27 jours (4 semaines)
Exposée à la rubéole						
SCINTIGRAPHIE (imagerie par isotopes radioactifs)			Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date d'exposition aux /administration des radioisotopes	59 jours (2 mois)	
			Radioisotopes			
SEPTICÉMIE			Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	Fin des antibiotiques	
			Septicémie			

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN	
SUBSTANCES TOXIQUES	Exposition professionnelle à un produit chimique ou des liquides biologiques Pour exposition au Mercure, Pesticides et au Plomb, voir les critères spécifiques.	Si port d'équipement de protection individuelle adéquat ET sans exposition accidentelle en l'absence de l'équipement de protection individuelle	Accepter			
		Mercurie	La donneuse travaille dans une clinique dentaire	Accepter		
	Mercurie	Toute autre situation	Approbation médicale			
			Si refus			
			ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif	Date d'exposition	Définitive	
			Mercurie			
			OU			
			ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire	Date d'exposition	Selon Directeur médical ou son délégué	
			Mercurie			
			Pesticides			
			OU			
			ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire	Date d'exposition	Selon Directeur médical ou son délégué	
	Pesticides					
	Pesticides		Approbation médicale			
			Si refus			
ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif			Date d'exposition	Définitive		
Pesticides						
OU						
ATCD 6006 RLM – ATCD Médical Temporaire			Date d'exposition	Selon Directeur médical ou son délégué		

CRITERE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DEBUT	DUREE OU FIN
SUBSTANCES TOXIQUES (suite)	Plomb	La donneuse travaille dans un milieu où elle est en contact avec du plomb (ex : clinique dentaire ou vétérinaire) ; indiquer la méthode de protection utilisée	Accepter		
		Toute autre situation	Approbation médicale		
			Si refus		
			ATCD 6005 RLM – ATCD Médical : Définitif	Date d'exposition	Définitive
			Plomb		
			OU		
SYPHILIS (personne infectée)			Interdire		
			ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du diagnostic ou d'apparition des SS	Définitive
			Syphilis sans résultat		
TABAC	La donneuse fume ou utilise des produits du tabac ou de nicotine (ex : gommes, timbres, cigarette électronique)	Donneuse décide de cesser	Interdire		
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date première prise	20 jours (3 semaines) après la dernière prise
		Tabac cessé			
	Donneuse décide de continuer	Interdire			
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date première prise	Fin du programme	
		Tabac			

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN
TATOUAGE (incluant maquillage permanent)	Utilisation d'instruments/encre partagés (non personnels)	Interdire	Date du tatouage	89 jours (3 mois)
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01		
	Tatouage partage			
	Utilisation d'instruments/encre personnels ou à usage unique	Accepter		
THYROÏDITE		Accepter		
TOXICOMANIE	Drogues par voie orale ou nasale	Interdire	Date première prise	364 jours (12 mois) après la dernière prise
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01		
		Type de drogue		
	Marijuana-Hash	Interdire	Date de première prise	29 jours après la dernière prise
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01		
		Marijuana-Hash		
	Au cours des 12 derniers mois, s'être injecté des drogues ou des médicaments (de façon intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée) pour des motifs non médicaux	Interdire	Date première dose	364 jours (12 mois) après la dernière dose
ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01				
Injection				
TOXOPLASMOSE		Accepter		
VACCINATION	Se référer à la liste des vaccins (Annexe 2)	Accepter ou Interdire		

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN	
VARICELLE	Personne infectée		Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	3 jours avant l'apparition de la 1 ^{re} lésion	6 jours après guérison des lésions cutanées (séchées ou disparues)	
			Varicelle			
	Personne exposée	Vaccinée ou antécédents de varicelle	Accepter			
		Non vaccinée et sans antécédent de varicelle	Approbation médicale			
			Si refus			
Exposée à la varicelle, non vaccinée et sans ATCD		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Selon Directeur médical ou son délégué	Selon Directeur médical ou son délégué	
VARIOLE (Vaccination)	Donneuse vaccinée ou ayant eu un contact avec une personne vaccinée de son entourage (vivant sous le même toit)		Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du vaccin	89 jours (3 mois)	
			Vaccination variole			
VARIOLE DU SINGE (simienne)	Personne infectée		Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début des SS	41 jours	
			Variole du singe			
	Personne exposée	Définition « contact » : Contact avec la peau ou les sécrétions biologiques (ex : relation sexuelle), avec un objet contaminé (ex : vêtement) ou interaction face à face, sans masque, pendant plus de 3 heures (ex : habiter sous le même toit)		Interdire		
				ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date du premier contact	41 jours après le dernier contact
				Exposée à la Variole du singe		
	Donneuse vaccinée (Imvamune)		Accepter			

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN
VÉGÉTARIEN (Régime strict)	Sans supplémentation de vitamine B12	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date de début du régime	Fin du programme
		Végétarisme sans B12		
VIH	SIDA ou résultat du test de dépistage positif	Interdire		
		ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente	Date du début du programme	Définitive
		Test VIH positif		
VIRUS DU NIL OCCIDENTAL	Infection diagnostiquée ou suspectée	Accepter		
VITAMINES (Méga-doses)	La donneuse prend des méga-doses de vitamines (plus de 20 fois la dose quotidienne recommandée) Se référer à la liste des vitamines et leur seuil de méga-doses (Annexe 3)	Interdire		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Date première dose	Fin du programme
		Méga-doses de vit.		
ZIKA	Personne infectée (se référer au critère Arbovirus)	Interdire		
	Voyage en zone endémique (se référer au critère Arbovirus)	Interdire		
	Relation sexuelle avec un homme ayant eu un diagnostic d'infection au virus Zika dans les 6 mois précédant la relation sexuelle	Accepter		

CRITÈRE	SOUS-TYPE/APPLICATION		ACCEPTER OU INTERDIRE	DÉBUT	DURÉE OU FIN	
ZONA	Personne infectée (Une névralgie post-herpétique (après la guérison) n'est pas un motif d'interdiction)		Interdire			
			ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	3 jours avant l'apparition de la 1 ^{re} lésion	6 jours (1 semaine) après guérison des lésions cutanées (séchées ou disparues)	
			Zona			
	Personne exposée	Vaccinée ou antécédent de varicelle; tenir compte du délai d'interdiction du vaccin		Accepter		
		Non vaccinée (varicelle) et sans antécédent de varicelle		Approbation médicale		
				Si refus		
		ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01	Selon Directeur médical ou son délégué	Selon Directeur médical ou son délégué		
		Exposée au zona, non vaccinée et sans ATCD de varicelle				

ANNEXE 1 – LISTE DES MÉDICAMENTS

Lorsqu'applicable, ajouter

ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01

 débutant en date de la 1^{re} prise
OU

ATCD 6004 RLM – Interdiction permanente

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Acétaminophène (ou médicaments contenant uniquement de)	Abenol	Accepter	
	Acet	Accepter	
	Acétaminophène	Accepter	
	APAP	Accepter	
	Artritrol	Accepter	
	Atasol	Accepter	
	Excedrin	Accepter	
	Fortolin	Accepter	
	Gesic	Accepter	
	Taminol	Accepter	
	Tylenol	Accepter	
	Non listés	Accepter	
Agents anesthésiques utilisés chez le dentiste	Bupivacaïne	Interdire	1 jour
	Lidocaïne	Interdire	1 jour
	Marcaïne	Interdire	1 jour
	Non listés	Interdire	1 jour
Agents anesthésiques autres que ceux utilisés chez le dentiste	Tout agent général ou injecté localement	Interdire	3 jours
Agents contrastants pour radiologie ou imagerie par résonance magnétique	Tout agent contenant de l'iode ou du gadolinium	Interdire	3 jours
Agents fibrinolytiques	Cyklokapron	Interdire	3 jours
Alphabloquants	Flomax	Interdire	3 jours
	Tamsulosine	Interdire	3 jours

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Analgésiques/narcotiques de courte durée	Contenant de la codéine	Interdire	3 jours
Analgésiques narcotiques	Dilaudid	Interdire	3 jours
	Hydromorphone	Interdire	3 jours
	Morphine	Interdire	1 jour
	Statex	Interdire	1 jour
	Sulfate de morphine	Interdire	1 jour
Antiacides	Esomeprazole	Accepter	
	Famotidine	Accepter	
	Gaviscon	Accepter	
	Losec	Accepter	
	Nexium	Accepter	
	Omeprazole	Accepter	
	Pepcid	Accepter	
	Ranitidine	Accepter	
	Ulcidine	Accepter	
	Zantac	Accepter	
Antiacide avec calcium ou magnésium	Accepter		
Antibiotiques et Antiviraux	Antibiotiques IV (intraveineux)	Interdire	1 jour
	Azithromycine	Interdire	14 jours (2 semaines)
	Cephalexine	Interdire	1 jour
	Diflucan	Interdire	14 jours (2 semaines)
	Doxycycline	Interdire	4 jours
	Fluconazole	Interdire	14 jours (2 semaines)
	Zithromax	Interdire	14 jours (2 semaines)

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Antibiotiques et Antiviraux (suite)	Zmax	Interdire	14 jours (2 semaines)
	Valaciclovir	Interdire	2 jours
	Valtrex	Interdire	2 jours
	Non listés	Interdire	3 jours
Anticoagulants	Acénocoumarol	Interdire	3 jours
	Apixaban	Interdire	3 jours
	Coumadin	Accepter	
	Dabigatran	Interdire	3 jours
	Daltéparine	Interdire	3 jours
	Danaparôide	Interdire	3 jours
	Eliquis	Interdire	3 jours
	Fragmin	Interdire	3 jours
	Héparine	Accepter	
	Innohep	Interdire	3 jours
	Nicoumalone	Interdire	3 jours
	Orgaran	Interdire	3 jours
	Pradox (ou Pradaxa)	Interdire	3 jours
	Rivaroxaban	Interdire	3 jours
	Sintrom	Interdire	3 jours
	Tinzaparine	Interdire	3 jours
Warfarine	Accepter		
Antidépresseurs	Amitriptyline	Interdire	10 jours
	Aventyl	Accepter	
	Celexa	Interdire	8 jours
	Cipralax	Interdire	7 jours
	Citalopram	Interdire	8 jours

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Antidépresseurs (suite)	Cymbalta	Interdire	3 jours
	Duloxétine	Interdire	3 jours
	Elavil	Interdire	10 jours
	Escitalopram	Interdire	7 jours
	Fluvox	Accepter	
	Fluvoxamine	Accepter	
	Luvox	Accepter	
	Nortriptyline	Accepter	
	Norventyl	Accepter	
	Paroxétine	Accepter	
	Paxil	Accepter	
	Trazodone	Interdire	2 jours
Antidiabétiques	Metformin	Interdire	2 jours
	Metformine	Interdire	2 jours
Antiémétiques	Diménhydrinate	Interdire	2 jours
	Gravol	Interdire	2 jours
Antifibrinolytiques	Tranexamique, acide	Interdire	3 jours
Anthelminthiques	Combantrin	Interdire	7 jours
	Mébéndazole	Interdire	2 jours
	Pyrantel	Interdire	7 jours
	Vermox	Interdire	2 jours
Antihistaminiques sans somnolence	Aerius	Accepter	
	Allegra	Accepter	
	Allernix	Accepter	
	Aller-relief	Accepter	
	Allergy Relief™	Accepter	

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Antihistaminiques sans somnolence (suite)	Allertin	Accepter	
	Cetirizine	Accepter	
	Claritin	Accepter	
	Desloratadine	Accepter	
	Fexofenadine	Accepter	
	Loratadine	Accepter	
	Reactine	Accepter	
	Remède contre les allergies™	Accepter	
	Remède 24 heures contre les allergies™	Accepter	
	Rhinaris	Accepter	
	Soulagement des allergies™	Accepter	
Soulagement des allergies extra-fort™	Accepter		
Antihypertenseurs	Tous	Interdire	3 jours
Anti-inflammatoires	Asacol	Interdire	3 jours
	Mésalazine	Interdire	3 jours
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Misoprostol	Interdire	1 jour
Anti-inflammatoires et Antipaludiques	Hydroxychloroquine, sulfate	Interdire	Fin du programme
	Plaquenil	Interdire	Fin du programme
Antipsychotiques atypiques	Abilify	Interdire	16 jours
	Aripiprazole	Interdire	16 jours
Antithyroïdien	Tapazole	Interdire	3 jours
Antithyroïdien de synthèse	Thiamazole	Interdire	3 jours
Anxiolytiques	Ativan	Interdire	3 jours
	Clonazepam	Interdire	12 jours
	Lorazepam	Interdire	3 jours

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Aspirine et autres inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire	222	Interdire	3 jours
	282 ou 282 MEP	Interdire	3 jours
	292	Interdire	3 jours
	AAS	Interdire	3 jours
	AC&C	Interdire	3 jours
	Acide acétylsalicylique	Interdire	3 jours
	Adalat XL Plus	Interdire	3 jours
	Aggrenox	Interdire	3 jours
	Aleve	Interdire	3 jours
	Alka-Seltzer	Interdire	3 jours
	Anacin	Interdire	3 jours
	Anaprox	Interdire	3 jours
	Ansaid	Interdire	3 jours
	Asaphen	Interdire	3 jours
	Asatab	Interdire	3 jours
	Asen	Interdire	3 jours
	Aspergum	Interdire	3 jours
	Aspirine	Interdire	3 jours
	Axum	Interdire	3 jours
	Brilinta	Interdire	3 jours
	C-2	Interdire	3 jours
	Cambia	Interdire	3 jours
	Choline Magnesium Trisalicylate	Interdire	3 jours
Clopidogrel	Interdire	3 jours	
Diclo	Interdire	3 jours	
Diclofenac	Interdire	3 jours	

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Aspirine et autres inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire (suite)	Difenac	Interdire	3 jours
	Diflunisal	Interdire	3 jours
	Effient	Interdire	3 jours
	Entrophen	Interdire	3 jours
	Etodolac	Interdire	3 jours
	Fénoprophène	Interdire	3 jours
	Fiorinal	Interdire	3 jours
	Floctafénine	Interdire	3 jours
	Fluprofen	Interdire	3 jours
	Flurbiprofène	Interdire	3 jours
	Formule L2	Interdire	3 jours
	Ibucodone	Interdire	3 jours
	Indo	Interdire	3 jours
	Indométhacine	Interdire	3 jours
	Keto	Interdire	3 jours
	Ketoprofène	Interdire	3 jours
	Kétorolac	Interdire	3 jours
	Lowprin	Interdire	3 jours
	Madelon	Interdire	3 jours
	Méfénamique, acide	Interdire	3 jours
	Méthacin	Interdire	3 jours
	Méthoxisal	Interdire	3 jours
Naprelan	Interdire	3 jours	
Napro	Interdire	3 jours	
Naprosyn	Interdire	3 jours	
Naprox	Interdire	3 jours	

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Aspirine et autres inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire (suite)	Naproxen	Interdire	3 jours
	Naxen	Interdire	3 jours
	Novasen	Interdire	3 jours
	Oxaprozine	Interdire	3 jours
	Oxycodan	Interdire	3 jours
	Pain Aid	Interdire	3 jours
	Pirocam	Interdire	3 jours
	Pirox	Interdire	3 jours
	Piroxicam	Interdire	3 jours
	Plavix	Interdire	3 jours
	Prasugrel	Interdire	3 jours
	PravASA	Interdire	3 jours
	Praxis ASA	Interdire	3 jours
	Pronal	Interdire	3 jours
	Rivasa	Interdire	3 jours
	Robaxisal	Interdire	3 jours
	Robax Platinum	Interdire	3 jours
	Spasmhalt ASA-8	Interdire	3 jours
	Sudafed Sinus Advance	Interdire	3 jours
	Sulin	Interdire	3 jours
	Sulindac	Interdire	3 jours
	Summit Ultra	Interdire	3 jours
	Sundac	Interdire	3 jours
Tecnal	Interdire	3 jours	
Ténoxycam	Interdire	3 jours	
Tiaprofénique, acide	Interdire	3 jours	

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Aspirine et autres inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire (suite)	Ticagrelor	Interdire	3 jours
	Ticlopidine	Interdire	3 jours
	Tolmétique	Interdire	3 jours
	Toradol	Interdire	3 jours
	Trianal	Interdire	3 jours
	Vimovo	Interdire	3 jours
	Voltaren	Interdire	3 jours
Corticostéroïdes	Cortisone (injection)	Interdire	3 jours
	Hydrocortisone (injection)	Interdire	3 jours
	Prednisone	Interdire	1 jour
Flavonoïdes	Diosmin	Interdire	7 jours
Gouttes ophtalmiques	Toutes	Accepter	
Hormones de remplacement (prises en raison d'un déficit hormonal)	Hormone thyroïdienne (ex : Synthroid)	Accepter	
	Hydrocortisone (oral)	Interdire	3 jours
	Hydrocortisone (topique ou timbre)	Accepter	
	Insuline	Accepter	
Ibuprofène (médicaments contenant uniquement de)	Caldolor	Accepter	
	Advil	Accepter	
	Ibuprofène	Accepter	
	Motrin	Accepter	
	Profen	Accepter	
	Non listés	Accepter	
Immunosuppresseurs	Adalimumab	Interdire	70 jours
	Azathioprine	Interdire	1 jour

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Immunosuppresseurs (suite)	Humira	Interdire	70 jours
Inhibiteurs de la pompe à protons	Dexilant	Interdire	1 jour
	Dexlansoprazole	Interdire	1 jour
Inhibiteurs de la pompe à protons (suite)	Pantoloc	Interdire	1 jour
	Pantoprazole	Interdire	1 jour
	Prevacid	Interdire	1 jour
Injections de désensibilisation (allergies)	Toutes	Accepter	
Médicaments (et méthodes) contraceptifs	Dispositif intra-utérin (stérilet) contenant du cuivre ou de la progestérone	Accepter	
	Progestérone uniquement ou faible dose d'oestrogène (<25 mcg)	Accepter	
	Spermicides	Accepter	
Médicaments par inhalation (pour l'asthme, le rhume et les allergies)	Tous	Accepter	
Médicaments pour le système gastro-intestinal	Émollient fécal	Accepter	
	Fibres	Accepter	
	Siméthicone	Accepter	
Médicaments topiques appliqués sur toute surface cutanée (crème, gel, onguent, etc.)	S/O	Accepter ----- Aviser la donneuse de retirer toute trace de médicament topique appliqué sur le sein avant de prélever son lait	
Médicaments/stimulants utilisés pour traiter les troubles de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte	Tous	Interdire	14 jours (2 semaines)
Médicaments contre la migraine (utilisés de façon intermittente)	Frova	Interdire	14 jours (2 semaines)

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRES LA DERNIÈRE PRISE
Médicaments contre la migraine (utilisés de façon intermittente) (suite)	Frovatriptan	Interdire	14 jours (2 semaines)
	Non listés	Interdire	3 jours
Médicaments contre le rhume, la grippe ou les allergies non listés et n'entrant pas dans une catégorie listée	Tous	Interdire	3 jours
Médicaments pour stimuler la production de lait	Domperidone	Interdire	3 jours
	Métoclopramide	Interdire	3 jours
	Métoclopramide	Interdire	3 jours
	Metonia	Interdire	3 jours
Pénicilline (Éradication de H. pylori)	Lansoprazole	Interdire	1 jour
Progestatifs	Médroxyprogestérone	Interdire	4 jours
	Provera	Interdire	4 jours
	Depo-Provera	Interdire	4 jours
Progestatifs de synthèse	Lévonorgestrel	Interdire	6 jours
	Plan B	Interdire	6 jours
Psychotropes	Effexor	Interdire	1 jour
	Fluoxétine	Interdire	15 jours
	Prozac	Interdire	15 jours
	Sertraline	Interdire	6 jours
	Venlafaxine	Interdire	1 jour
	Wellbutrin	Interdire	5 jours
	Zoloft	Interdire	6 jours
Relaxants musculaires et Antispasmodiques	Baclofen	Interdire	1 jour
Relaxants musculaires	Cyclobenzaprine	Interdire	4 jours
	Flexeril	Interdire	4 jours
Rétinoïdes	Soriatane	Interdire	1094 jours (3 ans)

CATEGORIE	NOM GÉNÉRIQUE OU COMMERCIAL	ACCEPTER OU INTERDIRE	DURÉE APRÈS LA DERNIÈRE PRISE
Sédatifs-hypnotiques	Imovane	Interdire	2 jours
	Zopiclone	Interdire	2 jours
Supplément de fer	Sulfate ferreux	Accepter	
Traitement du psoriasis	Tégison	Interdire	Définitif

Annexe 2 – Liste des vaccins inacceptables

Note : Tous les vaccins non listés sont acceptables

Ajouter ATCD 6003 RLM – Interdic. temporaire 01 débutant en date du vaccin

VACCINS CONTRE	NOM DU VACCIN		DUREE
Fièvre jaune	YF-Vax (s.c.)		27 jours (4 semaines)
Fièvre typhoïde	Vivotif (p.o.)		27 jours (4 semaines)
Hépatite A – hépatite B	Twinrix (i.m.)	Questionnaire initial	27 jours (4 semaines)
		QHV	Accepter
Hépatite B	Engerix B (i.m.) ou Recombivax - HB (i.m.)	Questionnaire initial	27 jours (4 semaines)
		QHV	Accepter
Rougeole – oreillons – rubéole	M-M-R (s.c.)	Priorix (s.c.)	27 jours (4 semaines)
Rougeole – oreillons – rubéole – varicelle	ProQuad (s.c.)	Priorix-Tetra (s.c.)	89 jours (3 mois)
Varicelle	Varilrix (s.c.)	Varivax III (s.c.)	89 jours (3 mois)

Annexe 3 – Liste des vitamines et leur seuil de méga-doses

Vitamines ¹	µg/jour ²		mg/jour ²		UI/jour ²	
	Apport nutritionnel recommandé / suffisant	Seuil méga dose (20 x ANR/S)	Apport nutritionnel recommandé / suffisant	Seuil méga dose (20 x ANR/S)	Apport nutritionnel recommandé / suffisant	Seuil méga dose (20 x ANR/S)
Vitamine A Rétinol Rétinal Acide rétinoïque Alpha-carotène Bêta-carotène Bêta-cryptoxanthine	1 300	26 000			4 333	86 660
Vitamine B6 Pyridoxine Pyridoxal Pyridoxamine			2,0	40		
Vitamine B12 Cobalamine	2,8	56				
Vitamine C Acide ascorbique Ascorbate de calcium Ascorbate de sodium			120	2 400		

Vitamines ¹	µg/jour ²		mg/jour ²		UI/jour ²	
	Apport nutritionnel recommandé / suffisant	Seuil méga dose (20 x ANR/S)	Apport nutritionnel recommandé / suffisant	Seuil méga dose (20 x ANR/S)	Apport nutritionnel recommandé / suffisant	Seuil méga dose (20 x ANR/S)
Vitamine D Ergocalciférol (D2) Cholécalciférol (D3)	15	300			600	12 000
Vitamine E Tocophérol			19	380		
Vitamine K Phytoménadione (K1) (phylloquinone) Ménaquinone (K2)	90	1 800				
Acide pantothénique Vitamine B5 Coenzyme A (CoA) Pantothénate de calcium Dexpanthénol Alcool pantothénylique Panthénol Pantéthine			7	140		
Biotine Vitamine B8 Vitamine H	35	700				
Choline Vitamine B4 (anciennement)			550	11 000		
Folate Vitamine B9 Acide folique Folacine	500	10 000				

Vitamines ¹	µg/jour ²		mg/jour ²		UI/jour ²	
	Apport nutritionnel recommandé / suffisant	Seuil méga dose (20 x ANR/S)	Apport nutritionnel recommandé / suffisant	Seuil méga dose (20 x ANR/S)	Apport nutritionnel recommandé / suffisant	Seuil méga dose (20 x ANR/S)
Niacine Vitamine B3 Acide nicotinique Nicotinamide Vitamine PP			17	340		
Riboflavine Vitamine B2 Lactoflavine			1,6	32		
Thiamine Vitamine B1 Aneurine			1,4	28		

- Les noms des vitamines sont issus des références suivantes :
 - Uptodate (2023) Disponible sur : <https://www.uptodate.com> (consulté le 03-04-2021)
 - Familiprix (2023) Disponible sur : <https://www.familiprix.com/fr/produits-naturels> (consulté le 25-05-2023)
 - Le Petit Robert (2023) Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/> (consulté le 25-05-2023)
- Les valeurs des apports nutritionnels recommandés/suffisant sont issues de la référence suivante : Santé-Canada (18-12-2023) Tableaux des ANREF, Santé-Canada, Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/apports-nutritionnels-reference/tableaux.html>. (consulté le 05-02-2024). Les valeurs « Lactation 19-50 ans » ont été utilisées comme plage de référence pour les donneuses de lait maternel d'Héma-Québec.

1. RÉDACTION / RÉVISION

Révision : Valérie Désautels, *Coordonnateur qualité, conformité et projets opérationnels*

2. LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
1 - Critère Grippe, COVID-19, Mal de gorge non défini	Ajout de « Note : Une anosmie (perte de l'odorat) ou agueusie (perte du goût) résiduelle, n'est pas un motif d'interdiction. »	Une anosmie et agueusie résiduelle ne doivent pas empêcher le don de lait maternel si la donneuse ne présente aucun autre symptôme.	Voir PJ « Critère COVID – lait maternel »
Annexe 1 – Liste des vaccins inacceptables	Ajout de « Note : Tous les vaccins non listés sont acceptables »	Précision pour mieux refléter la pratique actuelle.	S/O
Annexe 1 – Liste des vaccins inacceptables	Retrait des vaccins : - Infanrix-hexa - Rotarix - RotaTeq - Zostavax II	Infanrix-hexa, Rotarix et RotaTeq ne sont pas administrés aux adultes et Zostavax II n'est plus disponible au Canada.	Pièces jointes : « Justification retrait Infanrix-hexa », « Justification retrait Rotarix et RotaTeq » et « Justification retrait Zostavax II » CC-PRB-02353
Annexe 3 – Liste des vitamines et leur seuil de méga-doses	Mise à jour de la référence du site web de Santé-Canada.	Santé Canada a mis à jour la page web des apports nutritionnels de référence. Toutefois, aucun changement n'a été apporté aux valeurs de référence.	Site web de Santé-Canada (Voir la référence qui a été mise à jour)
Réf. CFA : OC-08891			

Numéro du document	PFN-00025 [30]
Numéro historique	BSC-INS-002
Date en vigueur	09-09-2024
Service responsable	Registre des donneurs de sang de cordon
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
ENR-02976	Calculateur de dates
MAN-00620	Référence au questionnaire de qualification Cordon ante-partum
MAN-00621	Référence au questionnaire de qualification Cordon seulement post-partum
SPE-00023	Information on directed cord blood donation
SPE-00024	Information sur le don de sang de cordon dirigé
IND-00056	Numéro de prélèvement
ENR-00146	Suivi de notification : électrophorèse de l'hémoglobine
SPE-00504	Vérifications pour la mise en inventaire et la distribution du sang de cordon
SPE-01050	Schéma du paramétrage EdgeCell pour le sang de cordon
MAN-00591	Critères de sélection - Sang de cordon
DIR-01379	Arrêt de notification pour hémoglobinopathie pour les dons dirigés
SPE-00935	Prélèvements sanguins de la mère

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Catherine Latour	29-08-2024
Laboratoire banque sang de cordon	Diane Fournier	23-08-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	29-08-2024



Table des matières

1. But	2
2. Portée	2
3. Responsabilités.....	2
4. Matériel / équipement(s) requis.....	2
5. Identificateurs	2
6. Procédé	3
6.1. Généralités	3
6.2. Sang de cordon dirigé.....	3
6.3. Vérification des antécédents/interdictions	4
6.4. Questionnaire médical	4
6.5. Approbation médicale ou information manquante	6
6.6. Vérification du questionnaire par une deuxième personne.....	7
6.7. Vérification des documents concernant le suivi de grossesse.....	8
6.8. Notification d'hémoglobinopathie	9
6.9. Information post-don.....	11
6.10. Destruction (sang de cordon).....	11
7. Annexe(s)	12
8. Bibliographie	12
9. Liste des modifications.....	12

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



1. BUT

Décrire les étapes de qualification médicale de la mère au don de sang de cordon ou sang de cordon dirigé et de notification en lien avec les hémoglobinopathies

2. PORTÉE

Tous les donneurs potentiels de sang de cordon ou sang de cordon dirigé

3. RESPONSABILITÉS

Le Registre de sang de cordon (BSR)

4. MATÉRIEL / ÉQUIPEMENT(S) REQUIS

S/O

5. IDENTIFICATEURS

S/O

EN VIGUEUR



6. PROCÉDÉ

6.1. GÉNÉRALITÉS

- Les documents doivent être reçus au plus tard à la 36^e semaine de grossesse.
 - Pour le sang de cordon dirigé, la mère du donneur est admissible même s'il s'agit de :
 - Une grossesse gémellaire;
 - Une inscription au-delà de la 36^e semaine de grossesse.
- Le questionnaire médical post-partum doit être effectué dans les 14 jours suivant l'accouchement.
 - Si le délai est dépassé :
 - Saisir l'ATCD 3086 **Délai : Révision post-partum**;
 - Procéder à la destruction du sang de cordon selon la section 6.10.
- Saisir tous les résultats d'examens sur le prélèvement **QM1 – Mère** en accédant au menu **Laboratoire – Résultats prélèvements – Saisie En Tableau – Registre BSR/RLM**, sauf si précisé autrement.
- Utiliser le commentaire **BSR-RLM – Responsable du dossier** pour indiquer par qui le dossier est pris en charge.
- La mère a le droit de demander par écrit les résultats des analyses sanguines faites sur son sang et sur le sang de cordon de son enfant.

6.2. SANG DE CORDON DIRIGÉ

- Lors de l'entrevue téléphonique pour le questionnaire médical ante-partum, s'assurer que la mère a lu la SPE-00024 (SPE-00023) *Information sur le don de sang de cordon dirigé*.
 - Répondre à ses questions s'il y a lieu.
- Si les différences linguistiques sont susceptibles d'empêcher la compréhension des questions et des réponses lors de l'évaluation, il convient de faire appel aux services d'un interprète professionnel, sans lien de parenté avec le donneur.
 - Documenter le nom, prénom, numéro d'employé ou de permis dans de **Commentaire interne**.



- Si la mère se qualifie, accéder à la **Fiche individu/receveur** à partir de l'onglet **Individus liés**:
 - Effectuer une recherche à partir du nom et de la date de naissance du receveur.
 - Vérifier les éléments suivants :
 - Le protocole d'éligibilité doit être **Cordon – Patient HQ**;
 - Les données nominatives du receveur;
 - L'adresse : code postal du centre hospitalier préleveur de sang de cordon;
 - Origine ethnique (onglet **Évènements**);
 - Diagnostic (onglet **Groupe/Sérologie – Pathologie**).
 - Médecin traitant du receveur (bouton **Médecin traitant**)

6.3. VÉRIFICATION DES ANTÉCÉDENTS/INTERDICTIONS

- Vérifier si la mère a des antécédents (ATCD) qui seront applicables au don.
 - Vérifier la présence d'ATCD dans la **Fiche individu**.
 - Se référer à la SPE-01050 *Schéma du paramétrage EdgeCell pour le sang de cordon* pour déterminer s'ils empêcheront la mise en banque.
- S'il y a des interdictions applicables au don, contacter la mère pour l'aviser.
 - Documenter la date de la communication dans les **Commentaires internes** de la **Fiche individu**.
 - Saisir le résultat **Non qualif** à l'examen 002055 **QM ante-partum à faire**.
 - Remettre le dossier à la personne désignée pour fermeture.

6.4. QUESTIONNAIRE MÉDICAL

- Contacter la mère et vérifier ses coordonnées dans EdgeCell.
 - Au besoin, corriger l'information en cliquant sur **Modifier l'état civil**.
- Questionnaire ante-partum **seulement** : vérifier l'information présente au commentaire **Ethnie bébé**.
 - Au besoin, corriger l'information.

Attention : Ne pas changer le protocole d'éligibilité s'il s'agit de **RMO – Donneur HQ**.

- Créer un nouveau prélèvement :
 - Attribuer un numéro de prélèvement à l'aide de l'étiquette IND-00056 *Numéro de prélèvement*.
 - Dans la **Fiche individu**, cliquer sur **Nouveau Prélèvement**.
 - Saisir le numéro de prélèvement et sélectionner le **Type** selon la langue parlée par la mère :
 - **QM Registre Fra;**
 - **QM Registre Ang.**
 - Compléter les champs, puis cliquer sur le bouton **Questionnaire Médical**.
 - Sélectionner le questionnaire approprié :
 - **1-Cordon ante-partum;**
 - **2-Cordon seulement post-partum.**

- Compléter le questionnaire médical dans EdgeCell avec la mère.

Note : Les questions s'adressent à la mère, sauf si avis contraire.

- Se référer au manuel de référence approprié et au MAN-00591 *Critères de sélection – Sang de cordon* pour documenter les questions « Commentaire ? » à la fin de chaque section :
 - MAN-00620 *Référence au questionnaire de qualification Cordon ante-partum;*
 - MAN-00621 *Référence au questionnaire de qualification Cordon seulement post-partum.*
 - Inscrire le numéro de la question et documenter l'information nécessaire à l'application du critère et à la documentation de l'interdiction (ATCD).
- Si la mère est interdite avant la fin du questionnaire, interrompre ce dernier et l'enregistrer en saisissant « oui » (en lettres minuscules) à la dernière question.
 - Les questions non répondues seront masquées.
- Cliquer sur **OK**.
 - Si la fenêtre « Antécédents générés par le Questionnaire Médical » apparaît, cliquer sur **OK**.
- Cliquer sur **Valider**.



- Si la mère est qualifiée au questionnaire post-partum, l'aviser de communiquer avec Héma-Québec si l'enfant ayant donné le sang de cordon développe une maladie du système immunitaire ou du système sanguin dans les années qui suivent sa naissance.
- S'il y a lieu, ajouter les ATCD dans la **Fiche individu/mère**.
 - Au besoin, utiliser le ENR-02976 *Calculateur de dates*.
- S'il y a lieu, saisir les **Commentaires avis transplantateur** dans la **Fiche individu** appropriée :
 - Ante-partum : **Fiche individu/mère** (car la Fiche individu/bébé n'est pas encore créée);
 - Post-partum : **Fiche individu/bébé**.
 - S'il y a lieu, supprimer les **Commentaires avis transplantateur** dans la **Fiche individu/mère** et les saisir dans la **Fiche individu/bébé**.

Note : Si des commentaires sont déjà présents en lien avec des dons antérieurs, les supprimer et les saisir dans la **Fiche individu/bébé** correspondante, si liée.

- Si la mère est interdite à la suite du questionnaire post-partum, faire détruire le produit selon la section 6.10.
- Si une approbation médicale est requise ou si un retour d'appel est attendu pour une interdiction potentielle, procéder selon la section 6.5.
- Si la documentation est complète, renseigner l'examen approprié et faire vérifier par une deuxième personne selon la section 6.6 :
 - 002006 **QM ante-partum vérif. ATCD**;
 - 002009 **QM post-partum vérif. ATCD**.

6.5. APPROBATION MÉDICALE OU INFORMATION MANQUANTE

- Ajouter l'ATCD 3036 **En investigation** selon le MAN-00591 et indiquer la raison en commentaire sur l'ATCD.
- Pour une approbation médicale, envoyer un courriel à la direction médicale en indiquant la raison de la demande.
- À la réception de l'information, mettre à jour les ATCD s'il y a lieu.
 - Au besoin, consulter le MAN-00591 et utiliser le ENR-02976.
- Pour un retour d'appel d'une donneuse, si l'information requiert une approbation médicale, reprendre les étapes et modifier le commentaire de l'ATCD 3036.

- Pour une approbation médicale, joindre la réponse de la direction médicale à l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu**.
 - Si la demande est refusée, contacter la mère pour l'aviser du motif d'interdiction.
 - Documenter la communication dans les **Commentaires internes** de la Fiche individu.
 - Faire supprimer l'ATCD 3036 **En investigation** par un gestionnaire.
 - Gestionnaire : S'assurer de la présence de l'ATCD approprié ainsi que du statut des produits impliqués, s'il y a lieu.
- Si le sang de cordon est bloqué, le faire débloquent par l'AQ.
 - Pour déterminer s'il est bloqué, accéder à la **Fiche individu/bébé** – bouton **Prélèvements** – bouton **Produits**.
 - S'il y a lieu, double-cliquer sur le produit qui apparaît en rouge, puis sur la méthode de blocage pour consulter le commentaire.
- S'il y a lieu, faire détruire le sang de cordon selon la section 6.10.
- Renseigner l'examen approprié et faire vérifier par une deuxième personne selon la section 6.6 (sauf pour une information post-don) :
 - 002006 **QM ante-partum vérif. ATCD**;
 - 002009 **QM post-partum vérif. ATCD**.

6.6. VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE PAR UNE DEUXIÈME PERSONNE

- Accéder à la **Fiche individu**, puis à la **Fiche prélèvement** concernée.
 - Cliquer sur le bouton **Questionnaire Médical – Imprimer QM renseigné**.
- S'assurer que toutes les questions sont renseignées et documentées au besoin, selon le MAN-00591.
- Fermer le questionnaire en cliquant sur **File – Close Report – Annuler – Fermer – Fermer**.
- Vérifier la présence et les délais des ATCD s'il y a lieu et les modifier au besoin.
- Renseigner les examens appropriés :
 - 002055 **QM ante-partum à faire**;
 - 002006 **QM ante-partum vérif. ATCD**;
 - 002009 **QM post-partum vérif. ATCD**.
- Remettre le dossier à la personne désignée pour classement et fermeture s'il y a lieu.

6.7. VÉRIFICATION DES DOCUMENTS CONCERNANT LE SUIVI DE GROSSESSE

- À la réception des courriers *Collecte de sang de cordon* et *Prélèvements sanguins post-partum*, vérifier la présence de commentaires.
 - Se référer au MAN-00591 au besoin.
 - Si une approbation médicale est requise ou si un retour d'appel est attendu pour une interdiction potentielle, procéder selon la section 6.5.
- À la réception du dossier d'anamnèse, évaluer les commentaires selon les critères suivants :
 - Chez la mère : Un examen physique a été fait incluant les signes vitaux, signes de comportements à risque, signes d'infection virale ou bactérienne, antécédents médicaux ou toute autre information pertinente reliée au prélèvement de sang de cordon.
 - Chez le bébé : Un examen physique a été fait et n'a pas révélé la présence d'anomalie physique (ex : doigt/orteil supplémentaire, pouce manquant) ou toute autre anomalie congénitale visible.
 - Se référer au MAN-00591 au besoin.
 - Si une approbation médicale est requise ou si un retour d'appel est attendu pour une interdiction potentielle, procéder selon la section 6.5.
 - Pour les dons de sang de cordon prélevés à partir du 04-06-2018, s'assurer que la mère n'a pas reçu les produits suivants :

Nom français	Nom anglais	Noms commerciaux
Albumine	Albumin	Albumine humaine 25% - Octalbin Alburex® (5 ou 25%) Buminate (5 ou 25%) Plasbumin® (5 %)
Cryoprécipité	Cryoprecipitate	S/O
Culot globulaire	Red blood cells	S/O
Culot globulaire par aphérèse	Apheresis red blood cells	S/O
Dextran ou Dextrane (40 ou 70)	Dextran	Gentran® (40 ou 70) LMD 10% in 0.9% Sodium Chloride
Gélatine	Gelatin	S/O
Granulocytes aphérèse	Apheresis Granulocytes	S/O
Hetastarch	Hetastarch	Hextend® 6%
Hydroxyethylamidon (HEA)	Hydroxyethyl starch 6% (tetrastarch/HES/HAES)	Voluven® 6%
Immunoglobuline intraveineux	Immunoglobulin	Gammagard liquide Panzyga Privigen
Pentastarch	Pentastarch	Pentaspan® 10%



Nom français	Nom anglais	Noms commerciaux
Plaquettes aphérèse déleucocytées	Apheresis platelets leuko reduced (irradiated)	S/O
Plaquettes déleucocytées	Platelets leuko reduced	S/O
Plasma aphérèse congelé (PC)	Apheresis frozen plasma	S/O
Plasma congelé (déleucocyté)	Frozen plasma leuko reduced	S/O
Plasmalate	Plasmalate	S/O
Surnageant de cryoprécipité (déleucocyté)	Cryosupernatant (leuko reduced)	S/O

- Si elle en a reçu, ajouter l'ATCD 3107 **Transfusion** et procéder à la destruction du produit selon la section 6.10.
- Joindre le dossier d'anamnèse à la **Fiche individu/mère** et les informations sur le bébé à la **Fiche individu/bébé**, dans l'onglet **Documents liés**.
- Si le dossier est conforme, renseigner l'examen 002001 **Vérification Dossier Anamnèse** sur le prélèvement **QM4 + Tubes**.
 - Procéder à la révision médicale selon la SPE-00504 *Vérifications pour la mise en inventaire et la distribution du sang de cordon*.
- Dans le cas d'un dossier non conforme, procéder à la destruction du produit selon la section 6.10.

6.8. NOTIFICATION D'HÉMOGLOBINOPATHIE

- À la réception d'un courriel en provenance du Laboratoire de cellules souches et de la copie du rapport, procéder à la notification de la façon suivante :
 - Remplir le ENR-00146 *Suivi de notification : électrophorèse de l'hémoglobine*.
 - Accéder à la **Fiche individu/mère** et vérifier le nom, l'adresse et la langue.
 - Au besoin, corriger les informations en cliquant sur **Modifier l'état civil**.

- Préparer la lettre de notification pour la mère en accédant au menu **Courriers – Écrire courrier** et sélectionner le courrier approprié selon le cas :

Résultat	Lettre mère	Lettre médecin
A0 et S	NOT8A – Lettre Hb hétérozygote	NOT7A – Péd. Hb hétérozygote
A0 et C		
A0 et E		
A0 et O-Arab		
A0 et J-Baltimore		
A0 et Bart	NOT8B – Lettre Hb Bart	NOT7B – Péd. Hb Bart
S et C	NOT8C – Lettre Hb trait falciforme	NOT7C – Péd. Hb trait falciforme
S et S		

- Modifier les sections du courrier identifiées en gras italique.
 - Acheminer la lettre de notification à la direction médicale pour révision et signature.
- Au retour de la lettre signée en provenance de la direction médicale :
- Préparer le formulaire de renseignements en cliquant sur **Écrire courrier** et sélectionner le courrier **NOT9-Formulaire SC+trait falciforme**.
 - Acheminer la lettre de notification et le formulaire de renseignement à la mère.
- À la réception des renseignements fournis par la mère (coordonnées du médecin de l'enfant et nom de l'enfant), accéder à la **Fiche individu/bébé**.
- Préparer la lettre de notification en accédant au menu **Courriers – Écrire courrier** et sélectionner le courrier approprié selon le tableau précédent.
 - Modifier les sections du courrier identifiées en gras italique.
 - Acheminer la lettre de notification et les résultats de laboratoire à la direction médicale pour révision et signature.
- Au retour de la lettre signée en provenance de la direction médicale :
- Acheminer la lettre de notification et les résultats de laboratoire au médecin traitant.
- Mettre fin au processus de notification si toutes les ressources pour contacter la mère ont été épuisées.

6.9. INFORMATION POST-DON

- À la réception d'une information post-don, consulter le MAN-00591.
 - Vérifier la présence de dons antérieurs dans les individus liés à la mère.
- Note :** Si un produit a été distribué, aviser le gestionnaire le plus rapidement possible.
 - S'il y a lieu, saisir les ATCD dans la **Fiche individu/mère** et les **Commentaires avis transplantateur** dans la **Fiche individu/bébé** appropriée.
 - Au besoin, utiliser le ENR-02976.
 - S'il y a lieu, faire détruire le ou les produits selon la section 6.10.
- Si une approbation médicale est requise ou si un retour d'appel est attendu pour une interdiction potentielle, bloquer le ou les produits concernés :
 - Accéder au menu **Produits – Gestion des blocages**.
 - Cliquer sur **Créer**.
 - Sélectionner le champ d'action **Un produit** et selon le cas :
 - S1124V00 : Cordon cryopréservé;
 - S1124200 : Cordon dirigé cryopréservé.
 - Saisir le numéro de prélèvement.
 - À l'apparition de la fenêtre « Plusieurs Produits Possibles ! », cliquer sur **OK**.
 - Cliquer sur **Bloquer Produit** et inscrire la raison du blocage.
 - Poursuivre selon la section 6.5.
- Faire vérifier la documentation EdgeCell par une deuxième personne.

6.10. DESTRUCTION (SANG DE CORDON)

- Générer un *Avis de destruction* en accédant à l'onglet **Courriers** de la **Fiche individu/bébé**.
 - Cliquer sur **Ecrire courrier**.
 - Sélectionner le courrier **AVIDES – Avis de destruction**.
 - Indiquer la raison de la destruction.
 - Accéder au menu **Document – Valider** et retourner à l'application, puis imprimer.
- Acheminer l'avis et le dossier à la personne désignée pour fermeture, s'il y a lieu.

7. ANNEXE(S)

S/O

8. BIBLIOGRAPHIE

S/O

9. LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
6.1 2 ^e flèche 1 ^{er} point	Ajout de « Si le délai est dépassé : – Saisir l'ATCD 3086 Délai : Révision post-partum ; – Procéder à la destruction du sang de cordon selon la section 6.10.	Intégrer les étapes à suivre lors du non-respect du délai pour un meilleur reflet des opérations.	S/O
6.2. 1 ^{ière} flèche	Retrait de « Compléter le ENR-01552 <i>Liste de contrôle – Don dirigé</i> au fil des étapes	Le document a été transformé en FCT-00116 et n'est plus documenté par les coordonnateurs à la qualification.	PFN-00025[29] 6.2 1 ^{ère} flèche
6.2 2 ^e flèche 1 ^{er} point	Ajout de « Documenter le nom, prénom et numéro d'employé ou de permis dans ce commentaire interne »	La norme FACT demande la documentation de l'identité de l'interprète ou traducteur.	NetCord FACT 7 ^{ième} édition C4.2.1
6.2 3 ^e flèche	Remplacement de « créer ou modifier » par « accéder à » Ajout de « à partir de l'onglet Individus liés »	À la suite du changement des accès informatiques SILAM, les coordonnateurs à la qualification n'auront plus accès à créer et lier des Fiche individu. Cette responsabilité est transférée aux commis intermédiaires. Toutefois, une vérification des informations sera effectuée.	CC-PRB-02218
6.2 3 ^e flèche 1 ^{er} point	Remplacement de « patient » par « receveur »	Clarification et uniformisation du terme avec d'autres documents	S/O
6.2 3 ^e flèche 2 ^{ème} point	Retrait de « Si l'individu apparaît sur la liste, modifier le protocole d'éligibilité pour Cordon – Patient HQ (cliquer sur Modifier l'état civil) »	À la suite du changement des accès informatiques SILAM, les coordonnateurs à la qualification n'auront plus accès à créer et lier des Fiche individu. Cette responsabilité est transférée aux commis intermédiaires.	PFN-00025[29] 6.2 3 ^e flèche 2 ^e point CC-PRB-02218

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
6.2 3 ^e flèche 2 ^e point	Remplacer : «- Si non, le créer et sélectionner le protocole d'éligibilité Cordon – Patient HQ - Saisir les informations suivantes : - L'adresse : code postal du centre hospitalier - Origine ethnique (onglet Évènements, ajouter le type Ethnies) - Diagnostic (onglet Groupe/Sérologie – Pathologie) » Par : « - Vérifier les éléments suivants : - Le protocole d'éligibilité doit être Cordon – Patient HQ - Les données nominatives du receveur - L'adresse : code postal du centre hospitalier préleveur de sang de cordon - Origine ethnique (onglet Évènements) - Diagnostic (onglet Groupe/Sérologie – Pathologie - - Médecin traitant du receveur (bouton Médecin traitant) »	À la suite du changement des accès informatiques SILAM, les coordonnateurs à la qualification n'auront plus accès à créer et lier des Fiche individu. Cette responsabilité est transférée aux commis intermédiaires. Toutefois, une vérification des informations sera effectuée.	CC-PRB-02218
6.4 3 ^e flèche 4 ^e point	Ajouter « le bouton »	Précision	S/O
6.4 4 ^e flèche 1 ^{er} point	Remplacement de « 00605 » par « 00591 <i>Critères de sélection – Sang de cordon</i> »	Correction du numéro de document erroné	S/O
6.5 1 ^{ère} flèche	Remplacement de « la SPE-01229 <i>Liste d'antécédents (ATCD) non inclus au MCSD sang de cordon.</i> » par « le MAN-00591 ».	Le document a été intégré au MAN-00591.	MAN-00591[7]
6.5 2 ^e flèche	Remplacement de « au Directeur médical » par « à la direction médicale »	Uniformisation des termes utilisés au travers du document.	S/O
6.5 4 ^e flèche	Ajout de « et ». Remplacement de « sur » par « de ».	Clarification.	S/O
6.5 5 ^e flèche	Remplacement de « du Directeur médical » par « de la direction médicale »	Uniformisation des termes utilisés au travers du document.	S/O
6.5 6 ^e flèche 1 ^{er} point	Ajout de « bouton » et « bouton ».	Précision.	S/O
6.6 1 ^{ère} flèche 1 ^{er} point	Ajout de « le bouton »	Précision.	S/O
6.7 3 ^e flèche	Ajout de « Joindre le dossier d'anamnèse à la Fiche individu/mère et les informations sur le bébé à la Fiche individu/bébé, dans l'onglet Documents liés.	Pour un meilleur reflet de la réalité opérationnel et faciliter l'accessibilité.	S/O



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

Qualification au don de sang de cordon

PFN-00025[30]

Page 14 de 14

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
6.7 5 ^e flèche	Remplacement de « résultat » par « dossier » Ajout de « à la destruction du produit »	Clarification de l'ensemble des informations requises	SPE-00504[20]
6.10 2 ^e flèche	Ajout de « s'il y a lieu »	Clarification	S/O

Référence : OC-08735

EN VIGUEUR

Numéro du document	PFN-00925 [4]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	04-11-2024
Service responsable	Conformité réglementaire
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00073	MCSD : liste des documents
MAN-00511	Manuel de critères de sélection des donneurs (MCSD) - Moelle osseuse
PFN-00901	Vigie réglementaire
PFN-00632	Gestion des contrôles de changement (Smart CAPA)
MAN-00591	Critères de sélection - Sang de cordon
MAN-00605	Critères de sélection - Lait maternel
MAN-00300	Manuel de l'évaluation du donneur (MED) : critères d'admissibilité
MAN-00101	MCSD : Liste des médicaments inacceptables et des inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire
MAN-00096	MCSD : critères généraux, section V
SPE-00057	Pays à risque de malaria

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Christian Renaud	22-10-2024
Conformité réglementaire	Esther Tremblay	18-10-2024
Assurance qualité	Annie Jacques	22-10-2024



Table des matières

1. But	2
2. Portée	2
3. Responsabilités.....	2
4. Matériel / équipement(s) requis.....	2
5. Identificateurs	2
6. Procédé	3
6.1. Généralités	3
6.2. Priorisation des changements.....	3
6.3. Opérationnalisation des changements.....	4
6.4. Table de concertation transversale des critères de sélection (CTCS).....	6
6.5. Implantation en urgence	6
6.6. Mise à jour de la liste des médicaments / vaccins inacceptables (produits sanguins)	7
6.7. Mise à jour des zones endémiques de malaria (produits sanguins)	8
7. Annexe(s)	9
7.1. Processus de gestion des critères de sélection :	9
7.2. Éléments à considérer lors d'un changement de critères.....	10
8. Bibliographie	11
9. Liste des modifications.....	11

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



1. BUT

- Décrire le processus de gestion des critères de sélection des donneurs, des vigies réglementaire et médicale jusqu'à l'implantation d'un nouveau critère ou d'un changement ou retrait d'un critère existant.

2. PORTÉE

- Tous les critères de sélection des donneurs de produits sanguins (incluant le plasma de fractionnement), cellules souches (sang de cordon et moelle osseuse), tissus et lait maternel.

3. RESPONSABILITÉS

- Directions médicales, Direction des affaires réglementaires, Direction des systèmes d'information de production, Assurance qualité, Services des différentes lignes de produit, Direction des services infirmiers, Bureau des processus.

4. MATÉRIEL / ÉQUIPEMENT(S) REQUIS

S/O

5. IDENTIFICATEURS

S/O

Éléments optionnels à utiliser selon les besoins



Point de contrôle



Fonctionnement

6. PROCÉDÉ

6.1. GÉNÉRALITÉS

- L'ajout, le changement ou le retrait de critères de sélection sont issus de plusieurs sources d'information, notamment:
 - Vigie :
 - Réglementaire : effectuée par la Direction des affaires réglementaires via la PFN-00901 *Vigie réglementaire*.
 - Médicale : Les Directions médicales effectuent des analyses de risque associées aux lignes de produits ainsi qu'à l'axe donneur/receveur pour statuer si un changement est requis.
 - À la suite de ces vigies, et selon la nature et le degré de sévérité potentiel du risque, un sommaire décisionnel peut être requis avant de procéder à l'ajout, la modification ou le retrait d'un critère de sélection. La production de ce document de décision est assurée par les Directions médicales, selon les dispositions prévues à la DAJ005 *Politique de gestion de risques*.
 - Informations provenant de divers comités ou instances susceptibles d'alimenter cette vigie (Exemples : Comité consultatif de la sécurité, comité conjoint HQ/SCS, comité donneurs de la *Cell Therapy Transplant Canada (CTTC)*, recommandation de la *World Marrow Donor Association (WMDA)*, avis du *Center for Disease Control and Prevention* concernant les zones à risque pour la malaria, nouveau vaccin/médicament, etc.).
 - Demandes des services utilisateurs.
- Tous les changements aux critères de sélection des donneurs (incluant les ajouts et les retraits) sont approuvés par les Directions médicales concernées.
- Toutes les décisions sont documentées dans un compte rendu.
- Se référer à l'**Annexe 1 Processus de changement des critères de sélection**.

6.2. PRIORISATION DES CHANGEMENTS

- Les changements aux critères sont présentés et priorisés aux comités suivants selon la ligne de produit :
 - **Produits Sanguins Labiles (PSL)** : Comité de priorisation PSL
 - **Tissus Humains (TH)** : Cycle planification tactique TH
 - **Lait Maternel (BLM)**: Cycle planification tactique BLM
 - **Cellules souches (CS)**: Comité de priorisation CS

- Les secteurs suivants sont représentés sur les comités de priorisation, sans s'y limiter :

SECTEUR	REPRÉSENTANT(S)
Affaires réglementaires	Directeur / Spécialiste principal
Affaires médicales et innovation (AMI) / Médecine transfusionnelle (MT)	Directeurs médicaux
Services infirmiers	Directeur / Directeur adjoint
Lignes de produits (PSL, CS)	Gestionnaire / Coordonnateur qualité, conformité et projets opérationnels du service
Expérience clientèles	Directeur
Intelligence d'affaires	Directeur

- Au besoin, une grille de pondération peut être utilisée comme outil de priorisation. La priorisation devrait se baser, sans s'y limiter, aux critères suivants :
 - Risque receveur/donneur
 - Estimé de l'application du changement sur le nombre de dons
 - Conformité réglementaire (respect normes, règlements et gestion des observations d'audits)
 - Satisfaction et inclusion des donneurs
 - Complexité du changement (soumission, formation, paramétrage)
 - Probabilité d'une réponse positive de Santé Canada
 - Gain en efficacité dans les processus
- Par la suite, les changements priorités sont présentés aux Cycles de planification stratégique de chaque gamme de produits afin de les entériner.
- La fréquence des rencontres pour chacun de ces comités est minimalement 2 fois par année.

6.3. OPÉRATIONNALISATION DES CHANGEMENTS

- Pour chaque changement priorisé et entériné par la *Table de coordination des changements* (TCC), établir la planification selon la PFN-00632 *Gestion des contrôles de changement* (*Smart CAPA*) en consultation avec les parties prenantes (c.-à-d. Directions médicales



concernées, Affaires règlementaires, Assurance Qualité, Services infirmiers, représentants de services impliqués).

- Considérer les éléments suivants dans la planification du contrôle de changement (voir également « l'aide-mémoire » en annexe 2):
 - Déterminer le libellé des nouvelles questions ou des modifications des questions au donneur/répondant ainsi que les différentes conséquences qui doivent être appliquées, et ce, pour tous les questionnaires impactés par le changement (PSL long/abrégé, plasma long/abrégé).
 - Si une nouvelle question doit être ajoutée, elle doit être ajoutée à la fois au QM régulier et au QM abrégé même si, pour le QM abrégé, la période visée par la question est de plus de 6 mois. Par exemple, si la période visée est de 12 mois, le libellé de la question pour les deux QM doit être *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous...?*
 - La pertinence de maintenir la question sur le QM abrégé est établie en fonction de la durée de l'interdiction.
 - Si la période visée par la question est inférieure à 6 mois, elle doit toujours rester sur le QM abrégé.
 - S'assurer de respecter la séquence des questions selon la période de temps visée par ces dernières (i.e. regroupement des questions portant sur une période de 6 mois, etc.), et ce, pour tous les questionnaires impactés par le changement (PSL long/abrégé, plasma long/abrégé).
 - Si requis, déterminer les paramètres à modifier dans ePROGESA et EdgeCell (prendre en compte les anciens codes, au besoin).
 - Évaluer l'impact sur le retrait de produits.
 - Si requis, modifier le site web d'Héma-Québec et l'application *JeDonne*, ainsi que les documents remis aux donneurs pour refléter les changements.
 - Si requis, préparer et envoyer des circulaires aux centres hospitaliers pour les aviser des changements.
 - Éditer les changements aux critères dans les documents contrôlés et les différents Manuels des critères de sélection des donneurs :
 - Manuel des critères de sélection des donneurs-sang (plusieurs modules, voir MAN-00073 *MCSD : liste des documents*)
 - Manuel des critères de sélection-sang de cordon (voir MAN-00591 *Critères de sélection - Sang de cordon*)
 - Manuel des critères de sélection lait maternel (voir MAN-00605 *Critères de sélection – Lait maternel*)
 - Manuel des critères de sélection des donneurs–moelle osseuse (MAN-00511 *Manuel de critères de sélection des donneurs (MCSD) - Moelle osseuse*)
 - Manuel de l'évaluation des donneurs-tissus (MAN-00300 *Manuel de l'évaluation du donneur (MED) : critères d'admissibilité*)

- Pour les produits sanguins, porter une attention particulière aux éléments suivants :
 - Effectuer les changements aux algorithmes décisionnels pour le paramétrage ePROGESA à l'aide de l'outil approprié.
 - Si requis, préparer les demandes d'homologation ou inclure au rapport annuel des changements mineurs de Santé Canada.
 - Si requis, inclure au rapport annuel des médicaments et vaccins de Santé Canada les conclusions de l'évaluation de chacun des médicaments/vaccins ajouté ou non à la liste des médicaments/vaccins inacceptables (voir section 6.7).

6.4. TABLE DE CONCERTATION TRANSVERSALE DES CRITÈRES DE SÉLECTION (CTCS)

- Les objectifs de cette table de concertation sont les suivants :
 - Échanger sur les changements à venir pour chaque ligne de produits (avoir une vue globale).
 - Échanger sur les liens et impacts des changements entre les lignes et autres enjeux.
- La fréquence visée pour ces rencontres est de 2 par année.
- Les secteurs suivants sont représentés sur ce comité, sans s'y limiter :

SECTEUR	REPRÉSENTANT(S)
Affaires réglementaires	Directeur / Spécialiste principal
Affaires médicales et innovation (AMI) / Médecine transfusionnelle (MT)	Directeurs médicaux
Services infirmiers	Directeur / Directeur adjoint
Lignes de produits (PSL, CS)	Gestionnaire / Coordonnateur qualité, conformité et projets opérationnels du service
Expérience clientèles et communications	Directeur

6.5. IMPLANTATION EN URGENGE

- Certaines situations exigent une implantation en urgence, par exemple :
 - Émergence d'un nouvel agent pathogène



- Avis du CDC qui resserre les critères de malaria. Mise en marché d'un nouveau médicament à haut risque d'atteinte à la sécurité transfusionnelle
- Nouvelles données scientifiques publiées démontrant un risque important pour les donneurs et/ou les receveurs.
- Le représentant des Directions médicales aidé de la coordonnatrice du secteur organise une rencontre avec au minimum les personnes suivantes pour établir les plans d'action et les lignes de produit touchées:
 - Directeur médical
 - Directeur des affaires réglementaires
 - Directeurs des services supports (AQ-VAL-TI-FOR- DSI)
 - Directeur du service impliqué
 - Coordonnateur du secteur
- Se référer à la section 6.3 pour l'opérationnalisation des changements.
- Le délai d'implantation est évalué au cas par cas, avec un intervalle maximal de 8 semaines.

6.6. MISE À JOUR DE LA LISTE DES MÉDICAMENTS / VACCINS INACCEPTABLES (PRODUITS SANGUINS)

- Chaque nouveau médicament/vaccin ou nouveau générique qui a reçu un avis de conformité de Santé Canada est évalué par le comité conjoint HQ/SCS des critères de sélection.
- Une décision est prise quant à leur ajout ou non aux listes des médicaments et des vaccins inacceptables (MAN-00101 *Liste des médicaments inacceptables et des inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire* et MAN-00096 *Liste des vaccins inacceptables* respectivement). Cette décision est prise selon les paramètres suivants (lesquels sont énumérés dans le Rapport annuel des médicaments/vaccins soumis à Santé Canada) :
 - Tératogénicité
 - Méthode d'administration/interdiction pour la maladie sous-jacente
 - Catégorie de médicaments et similarités avec des produits existants
 - Réaction allergique possible chez le receveur
 - Pharmacocinétique
 - Risque pour le donneur si un médicament est pris près d'un don
 - Vaccins vivants atténués/vaccins inactivés
 - Interférence avec les analyses réglementaires
- L'ajout des médicaments/ vaccins inacceptables est effectué sur une base régulière.
 - Les médicaments à haut risque de tératogénicité ou présentant un risque important doivent ajoutés à la liste / questionnaire médical en urgence.



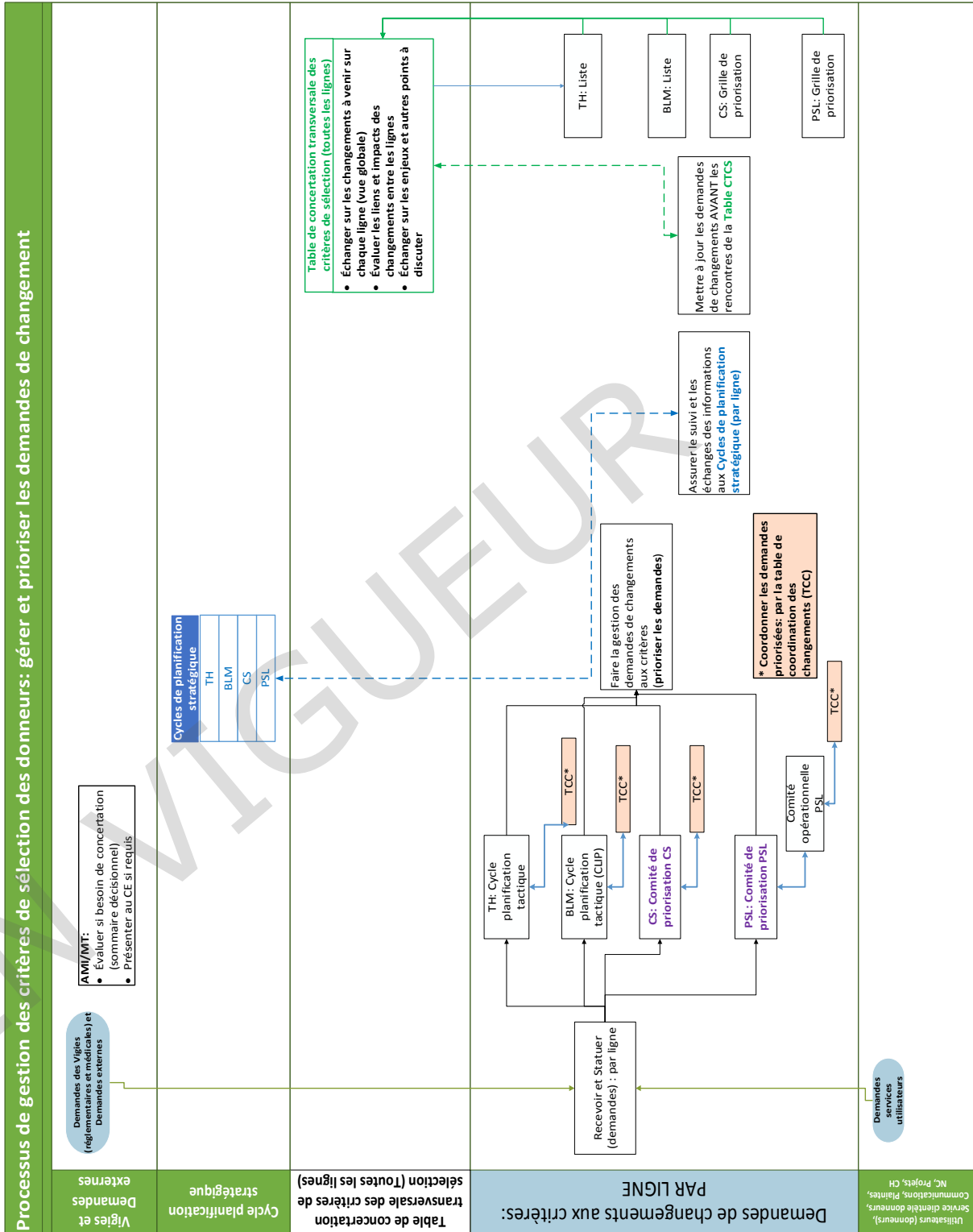
- Une mise à jour des listes est souhaitable sur une base régulière (par exemple à chaque année) afin d'identifier les médicaments/vaccins qui ont été retirés du marché. Voici les points à considérer avant de les retirer:
 - Utiliser la *Base de données des produits pharmaceutiques (BDPP)* de Santé Canada pour identifier ces médicaments/vaccins.
 - S'assurer que le statut est « annulé ». Si le statut est « dormant », ne pas retirer de la liste.
 - S'assurer que la date d'expiration du dernier lot est atteinte.
 - Ne retirer de la liste que le nom commercial, le nom de l'ingrédient actif doit être conservé. Par exemple, Euflex (nom commercial) est retiré alors que Flutamide (ingrédient actif) est conservé.
- Se référer à la section 6.3 pour l'opérationnalisation des changements.

6.7. MISE À JOUR DES ZONES ENDÉMIQUES DE MALARIA (PRODUITS SANGUINS)

- À chaque mois, une vigie du site du *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* est effectuée par les Affaires réglementaires.
- Seules les zones où la chimioprophylaxie est recommandée doivent être considérées comme étant à risque. Si la recommandation est d'éviter les moustiques (« *mosquito avoidance* »), ne pas considérer la zone comme étant à risque.
- Si des modifications doivent être effectuées à la SPE-00057 *Pays à risque de malaria*, se référer à la section 6.3 pour l'opérationnalisation des changements.

7. ANNEXE(S)

7.1. PROCESSUS DE GESTION DES CRITÈRES DE SÉLECTION :





7.2. ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER LORS D'UN CHANGEMENT DE CRITÈRES

- Le tableau suivant liste des exemples d'éléments à considérer lors d'un changement de critères :

Impact potentiel	Éléments à considérer
<p>Le changement a-t-il un impact sur une question médicale capture¹?</p> <p>¹ La question capture est une question du questionnaire médical (QM) qui déclenche une cascade des questions-conséquences.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Réviser la cascade des questions à l'aide des algorithmes.• Identifier les questions découlant de la question capture à modifier et vérifier l'impact du changement sur celles-ci.• Évaluer l'impact sur les conséquences dans les systèmes informatiques (par exemple : interdiction, enquête transfusionnelle, etc.)
<p>Le changement a-t-il un impact différent sur le QM régulier vs abrégé?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Faire le lien entre les questions et les conséquences du QM régulier et QM abrégé. <p>Note : Tout nouveau donneur doit répondre au QM régulier à l'intérieur de 6 mois sur deux dons consécutifs du même type de QM sans interdiction avant de passer au questionnaire abrégé. Si le délai interprélevement dépasse 6 mois, le donneur doit refaire le QM régulier.</p>
<p>Le changement a-t-il un impact différent sur le QM du plasma de fractionnement vs autres types de prélèvement?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Faire le lien entre les questions et les conséquences selon le type de prélèvement.
<p>Le changement a-t-il un impact sur le libellé des questions?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Déterminer le libellé des nouvelles questions ou des modifications des questions au donneur/répondant ainsi que les différentes conséquences qui doivent être appliquées.<ul style="list-style-type: none">- S'assurer d'harmoniser le plus que possible les mots utilisés pour éviter la confusion engendrée par des synonymes.• S'assurer de respecter la séquence des questions selon la période visée par ces dernières (i.e. regroupement des questions portant sur une période de 6 mois, etc.).



8. BIBLIOGRAPHIE

S/O

9. LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Tout le document	<p>Document entièrement révisé pour refléter le nouveau processus de gestion et de priorisation des critères de sélection.</p> <ul style="list-style-type: none">En conséquence, certaines sections de la procédure sont renommées et ajoutée (exemple : nouvelles sections ajoutée 6.2 à 6.4).Ajout des secteurs impliqués (liste des responsabilités)Ajout d'une nouvelle annexe 7.1 <i>Processus de gestion des critères de sélection</i>.	<p>Document entièrement révisé pour refléter le nouveau processus de gestion et de priorisation des critères de sélection</p>	<p>Demande du service</p>
6.3, 2 ^e point, 1 ^e sous-point	<p>Ajout :</p> <ul style="list-style-type: none">« Si une nouvelle question doit être ajoutée, elle doit être ajoutée à la fois au QM régulier et au QM abrégé même si, pour le QM abrégé, la période visée par la question est de plus de 6 mois. Par exemple, si la période visée est de 12 mois, le libellé de la question pour les deux QM doit être Au cours des 12 derniers mois, avez-vous...? »La pertinence de maintenir la question sur le QM abrégé est établie en fonction de la durée de l'interdiction.Si la période visée par la question est inférieure à 6 mois, elle doit toujours rester sur le QM abrégé.	<p>Ajout d'information manquante : pratique en cours, mais pas antérieurement documentée.</p>	<p>Demande du service</p>
6.5.	<p>Ajout de précision lorsqu'une implantation en urgence est requise « Le délai d'implantation est évalué au cas par cas, avec un intervalle maximal de 8 semaines ».</p>	<p>Information manquante.</p>	<p>Demande du service</p>
6.6	<p>Ajout d'une nouvelle section « Mise à jour de la liste des médicaments / vaccins inacceptables (produits sanguins) »</p>	<p>Information manquante. La mise à jour de la liste des médicaments / vaccins inacceptables est un changement récurrent. Ajout d'une section dans le document pour un meilleur encadrement et compréhension.</p>	<p>Demande du service</p>



SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
6.7	Ajout d'une nouvelle section « Mise à jour des zones endémiques de malaria (produits sanguins) »	Information manquante. La mise à jour des zones endémiques de malaria est un changement récurrent. Ajout d'une section dans le document pour un meilleur encadrement et compréhension.	Demande du service
Annexe 7.2.	La section 6.9. <i>Éléments à considérer lors d'un changement de critères</i> est déplacée en Annexe 7.2.	Fluidité et compréhension du texte	Demande du service
	Ajout d'un impact potentiel « Le changement a-t-il un impact sur le libellé des questions? »	Information manquante	Demande du service

Référence : OC-09316

EN VIGUEUR

Numéro du document	PFN-00938 [14]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	09-09-2024
Service responsable	Registre des donneuses de lait maternel
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
ENR-02976	Calculateur de dates
SPE-01134	Contenants non-standards acceptables pour la banque de lait maternel
SPE-00027	Liste d'antécédents (ATCD) non inclus au MCSD lait
IND-00056	Numéro de prélèvement
MAN-00623	Référence au questionnaire de qualification - Lait maternel
MAN-00624	Référence au questionnaire Habitudes de vie (français) - Lait maternel
MAN-00625	Référence au questionnaire Habitudes de vie (anglais) - Lait maternel
SPE-01189	Lait - Retrait de produit
SPE-01232	Schéma du paramétrage EdgeCell pour le lait maternel
MAN-00605	Critères de sélection - Lait maternel
SPE-00979	Lait - Libération des lots de lait maternel
ENR-02916	Inspection visuelle des contenants de lait
SPE-00545	Codes d'interdiction
ENR-04187	Lait - Demande de cueillette
SPE-00935	Prélèvements sanguins de la mère
PUB-00001	Mesures d'hygiène pour le prélèvement du lait maternel
PUB-00013	Sanitation Procedures for Collecting Breast Milk
PUB-00055	Guide sur le don de lait maternel
PUB-00056	Breast Milk Donation Guide

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Christian Renaud	22-08-2024
Laboratoire banque sang de cordon	Diane Fournier	23-08-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	25-08-2024



Table des matières

1. But	2
2. Portée	2
3. Responsabilités.....	2
4. Matériel / équipement(s) requis.....	2
5. Identificateurs	2
6. Procédé	3
6.1. Généralités	3
6.2. Qualification de la donneuse.....	3
6.3. Approbation médicale ou information manquante	7
6.4. Éducation des donneuses ayant une technique inadéquate (MTI).....	8
6.5. Questionnaire médical Habitudes de vie (cueillette ou dépôt de lait)	9
6.6. Information reçue hors questionnaire (appels post-don)	12
6.7. Fin de participation	13
7. Annexe(s)	13
8. Bibliographie	13
9. Liste des modifications.....	13

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

1. BUT

Décrire les étapes de qualification et de vérification des habitudes de vie des donneuses de lait maternel

2. PORTÉE

Toutes les donneuses ou donneuses potentielles de lait maternel

3. RESPONSABILITÉS

Le Registre de lait maternel (RLM)

4. MATÉRIEL / ÉQUIPEMENT(S) REQUIS

S/O

5. IDENTIFICATEURS

S/O

Éléments optionnels à utiliser selon les besoins



Point de contrôle



Fonctionnement

6. PROCÉDÉ

6.1. GÉNÉRALITÉS

- Saisir tous les résultats d'exams sur le prélèvement **QM1 – Mère lait seulement** en accédant au menu **Laboratoire – Résultats prélèvements – Saisie En Tableau – Registre BSR/RLM**, sauf si précisé autrement.
- Au début de chaque appel avec une donneuse (ou avant si possible), consulter les antécédents (ATCD) et commentaires présents dans sa **Fiche individu**.
- ⓕ • Utiliser le commentaire **BSR-RLM – Responsable du dossier** pour indiquer par qui le dossier est pris en charge.
- La donneuse a le droit de demander par écrit les résultats des analyses sanguines faites sur son sang.

6.2. QUALIFICATION DE LA DONNEUSE

6.2.1. VÉRIFICATION DES INTERDICTIONS

- Vérifier si la donneuse a des interdictions qui empêcheront sa participation au programme.
 - Vérifier la présence d'ATCD dans la **Fiche individu**.
 - Se référer à la SPE-01232 *Schéma du paramétrage EdgeCell pour le lait maternel* pour déterminer s'ils empêcheront la participation au programme.
- Si elle est interdite au programme,
 - Saisir le résultat **Non qualif** à l'examen 002060 **Qualif lait à faire**.
 - Contacter la donneuse pour l'aviser de sa disqualification.
 - Documenter la date de la communication dans les **Commentaires internes** de la **Fiche individu**.
- S'assurer de la concordance de la date d'accouchement aux endroits suivants :
 - Formulaire d'inscription;
 - Examen 002058 **Date de naissance BB** (prélèvement **QM1 – Mère lait seulement**);
 - Date de début des ATCD concernés (se référer à la SPE-00027 *Liste d'antécédents (ATCD) non inclus au MCSD lait*).

6.2.2. QUESTIONNAIRE MÉDICAL

- Contacter la donneuse et vérifier ses coordonnées dans la fiche individu EdgeCell.
 - Au besoin, corriger l'information en cliquant sur **Modifier l'état civil**.

Attention : Ne pas changer le protocole d'éligibilité s'il s'agit de **RMO – Donneur HQ**.
- Confirmer la date d'accouchement.
 - Si erronée, modifier ou faire modifier :
 - Date du prélèvement **QM1 – Mère lait seulement**
 - Examen 002058 **Date de naissance BB**
 - Date de début des ATCD concernés (se référer à la SPE-00027)
- Créer un nouveau prélèvement :
 - Attribuer un numéro de prélèvement à l'aide de l'étiquette IND-00056 *Numéro de prélèvement*.
 - Dans la **Fiche individu**, cliquer sur **Nouveau Prélèvement**.
 - Saisir le numéro de prélèvement et sélectionner le **Type** selon la langue parlée par la donneuse :
 - **QM Registre Fra;**
 - **QM Registre Ang.**
 - Compléter les champs, puis cliquer sur **Questionnaire Médical**.
 - Sélectionner le questionnaire **4-Lait seulement**.
- Compléter le questionnaire médical dans EdgeCell avec la donneuse.

Note : Les questions s'adressent à la donneuse, sauf si avis contraire.

- Pour une donneuse ayant prélevé du lait avant sa qualification (question A9) :
 - Se référer à la SPE-01134 *Contenants non-standards acceptables pour la banque de lait maternel*.
 - S'assurer que le lait a été prélevé en respectant les mesures d'hygiène d'un des centres hospitaliers acceptables :
 - CHU Ste-Justine
 - CUSM-GLEN



- Hôpital général juif
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- CHU de Québec - Université Laval
- S'assurer que le lait est congelé et est demeuré congelé en tout temps.
- S'assurer que chaque contenant est identifié avec la date de prélèvement et le numéro de patient du bébé.
- S'assurer que le lait n'a pas été prélevé depuis plus de 4 mois.
- Si au moins une des conditions n'est pas respectée, répondre « Non » à la question A9.
- Se référer au MAN-00623 *Référence au questionnaire de qualification – Lait maternel* et au MAN-00605 *Critères de sélection – Lait maternel* pour documenter les questions « Commentaire ? » à la fin de chaque section :
 - Inscrire le numéro de la question et documenter l'information nécessaire à l'application du critère et à la documentation de l'interdiction (ATCD).
 - Pour toute réponse « Non » à la question A9, indiquer la raison (ex : pas de lait, contenant non acceptable, etc.).
- Au besoin, interrompre le questionnaire et l'enregistrer en saisissant « oui » (en lettres minuscules) à la dernière question.
 - Les questions non répondues seront masquées.
 - Si le questionnaire est poursuivi ultérieurement, y accéder par le menu **Individus/Prélèvement – Modification d'un prélèvement**.
- Cliquer sur **OK**.
 - La fenêtre « Antécédents générés par le Questionnaire Médical » apparaît.
 - S'assurer que les dates de l'ATCD 6028 **RLM-Plage qualif-prélait** sont conformes selon la SPE-00027.
 - Cliquer sur **OK**.
- Cliquer sur **Valider**.

- Si la donneuse est qualifiée :
 - Lui expliquer les mesures d'hygiène selon le PUB-00001 (00013) *Mesures d'hygiène pour le prélèvement de lait maternel*.
 - Si le bébé est hospitalisé, il est acceptable de respecter les mesures d'hygiène du CH jusqu'au retour de celui-ci à la maison.
 - Vérifier si un prélèvement sanguin a été effectué à la suite de l'accouchement (en lien avec un don de sang de cordon) :
 - Un prélèvement **QM4+Tubes** sera présent avec une date postérieure à la date d'accouchement.
 - Si non, fixer un rendez-vous pour le prélèvement sanguin.
 - Prévoir un délai minimal de 2 jours ouvrables pour la préparation de la documentation.
 - Pour une donneuse liée à un Globule, confirmer le centre fixe et au besoin, ajuster l'information en accédant à la **Fiche individu – Commentaire – Inscription lait maternel – Glossaire**.
 - Si la donneuse ne peut se déplacer dans un centre fixe (par exemple : bébé hospitalisé), le rendez-vous sera fixé par la personne qui effectuera le prélèvement.
- S'il y a lieu, ajouter les ATCD dans la **Fiche individu**.

Note : Si un ATCD du MAN-00605 est requis pour plus d'une situation, se référer à la SPE-00027.

- Au besoin, utiliser le ENR-02976 *Calculateur de dates*.
- Au besoin, saisir l'information suivante (se référer à la SPE-00027 pour les ATCD) :
 - ATCD 6029 **RLM-****Bébé DCD******;
 - ATCD 6030 **RLM-Cueillette lait unique**;
 - **Commentaire – Centre Hospitalier** : Nom du CH et numéro de dossier CH du bébé.
- Si une approbation médicale est requise ou si un retour d'appel est attendu pour une interdiction potentielle, procéder selon la section 6.3.
- Si la documentation est complète, renseigner l'examen 001013 **RLM-QM vérification ATCD** et faire vérifier par une deuxième personne selon la section 6.2.3.

6.2.3. VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE INITIAL PAR UNE DEUXIÈME PERSONNE

- Pour identifier les dossiers en attente de vérification, accéder à **États – États libres**
 - Sélectionner **Liste des individus**



- Dans la section **Ensemble de prélèvements** :
 - Sélectionner **Entre deux dates**
 - Inscrire les dates souhaitées
 - **Pour tout Type de prélèvement** : Tous les Types
 - **Pour Nature de types de prélèvements** : Toutes les natures
- Dans la section **Contenant l'examen** :
 - Saisir 001013 **RLM -QM vérification ATCD**
 - Sélectionner **Uniquement 1ere saisie**
- Exporter le rapport
- Accéder à la **Fiche individu**, puis à la **Fiche prélèvement** concernée.
 - Cliquer sur **Questionnaire Médical – Imprimer QM renseigné**.
- S'assurer que toutes les questions sont renseignées et documentées au besoin, selon le MAN-00605.
- Fermer le questionnaire en cliquant sur **File – Close Report – Annuler – Fermer – Fermer**.
- Vérifier la présence et les délais des ATCD s'il y a lieu et les modifier au besoin.
- Vérifier les dates de l'ATCD 6028 **RLM-Plage qualif-prélait** et les modifier au besoin selon la SPE-00027.
- Renseigner l'examen 001013 **RML-QM vérification ATCD**;

6.3. APPROBATION MÉDICALE OU INFORMATION MANQUANTE

6.3.1. INFORMATION MANQUANTE

- Si une information est incomplète :
 - Ajouter l'ATCD 6000 **RLM-En investigation** selon la SPE-00027 et indiquer la raison en commentaire sur l'ATCD en attendant le retour d'appel de la donneuse.
- Lorsque l'information est obtenue :
 - Si la donneuse est admissible :
 - Faire supprimer l'ATCD 6000 **RLM – En investigation** par un gestionnaire
 - Si la donneuse doit être interdite :
 - Ajouter l'ATCD approprié selon le MAN-00605.



- Faire supprimer l'ATCD 6000 **RLM – En investigation** par un gestionnaire
- Si une approbation médicale est nécessaire :
 - Suivre les étapes de la section 6.3.2.

6.3.2. APPROBATION MÉDICALE

- Lorsqu'une approbation médicale est nécessaire suite à la réception d'une information non couverte par le MAN-00605 :
 - Ajouter l'ATCD 6000 **RLM-En investigation** selon la SPE-00027 et indiquer la raison en commentaire sur l'ATCD. S'il se trouve déjà au dossier, modifier le commentaire pour indiquer le nouveau statut du dossier.
 - Envoyer un courriel au Directeur médical ou son délégué en indiquant la raison de la demande.
- À la réception de la réponse, ajouter l'ATCD pertinent s'il y a lieu.
 - Au besoin, consulter le MAN-00605 et utiliser le ENR-02976.
- Joindre la réponse du Directeur médical ou son délégué à l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu**.
 - Si la demande est refusée, contacter la donneuse pour l'aviser du motif d'interdiction.
 - Documenter la communication dans les **Commentaires internes** de la **Fiche individu**.
- Vérifier si du lait a été reçu dans la plage de dates de l'ATCD 6000 et si un retrait a été initié selon la SPE-01189 *Lait – Retrait de produit*.
- Faire supprimer l'ATCD 6000 **RLM – En investigation** par un gestionnaire.
 - **Gestionnaire** : S'assurer de la présence de l'ATCD approprié ainsi que du statut des produits impliqués s'il y a lieu.
- Renseigner l'examen approprié listé ci-bas. Le dossier est maintenant en attente de vérification par une 2^e personne selon la section 6.2.3.
 - 001013 **RLM-QM vérification ATCD**;
 - 001005 **Vérif. ATCD habitudes de vie** sur le prélèvement **Habitudes de vie**.

6.4. ÉDUCATION DES DONNEUSES AYANT UNE TECHNIQUE INADÉQUATE (MTI)

- Générer périodiquement la liste des donneuses à éduquer :
 - Accéder au menu **Individus/Prélèvement – États – États libres – Liste des individus**.
 - Sélectionner **Entre deux dates** et saisir la plage couvrant la dernière année et la date du jour.



- À **Type de prélèvement**, sélectionner **Qual. culture bactérienne**.
- À **Contenant l'examen**, sélectionner 001206 **Éducation** et **Non renseigné**.
- Accéder à la **Fiche individu** et procéder aux vérifications suivantes sur l'ATCD 6024 **RLM – Mère MTI** :
 - Si la date de début de l'ATCD ne correspond pas à la date d'accouchement du programme en cours, la modifier.
 - S'il y a un commentaire « BV » sur l'ATCD, attendre qu'une semaine se soit écoulée avant de recontacter la donneuse.
- Contacter la donneuse et l'aviser du résultat.
 - Si elle désire toujours participer, lui faire un rappel des mesures d'hygiène selon le PUB-00001 (00013).
 - Dans tous les cas, renseigner l'examen 001206 **Éducation** sur le prélèvement **Qual. culture bactérienne**.
- Si la donneuse n'est pas joignable, indiquer qu'un message a été laissé sur sa boîte vocale en saisissant un commentaire sur l'ATCD 6024 (ex : BV 07-10-2019 / BV 30-09-2019).
 - Au 3^e appel sans réponse, contacter la donneuse par courriel.
 - Si la donneuse ne rappelle toujours pas, saisir le résultat **Non fait – Mère ne participe plus** à l'examen 001206.

6.5. QUESTIONNAIRE MÉDICAL HABITUDES DE VIE (CUEILLETTE OU DÉPÔT DE LAIT)

- Vérifier périodiquement la réception du ENR-02916 *Inspection visuelle des contenants de lait*, accompagnant les bouteilles de lait en provenance d'un Salon Plasmavie, dans le répertoire à accès restreint.
 - Enregistrer dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu**, puis cliquer sur **OK** pour la fermer.
 - Supprimer le document du répertoire à accès restreint.
 - Si du lait a été reçu décongelé, effectuer un suivi avec la donneuse.
 - Documenter la communication dans les **Commentaires internes** de la **Fiche individu**.
 - S'assurer qu'un questionnaire médical sur les **Habitudes de vie** (prélèvement EdgeCell) a été effectué dans les 7 jours précédant le dépôt (date d'inspection indiquée sur le ENR-02916).
 - Sinon, contacter la donneuse et poursuivre les étapes.



- Si la donneuse n'est pas joignable, indiquer qu'un message a été laissé sur sa boîte vocale en saisissant un **Commentaire** de type **Habitudes de vie RLM** dans la **Fiche individu** (ex.: BV 10-07-2018).
 - Une fois la donneuse contactée, supprimer les commentaires **Habitudes de vie RLM**.
- À la réception d'un appel pour une cueillette ou un dépôt de lait, ou au moment de contacter une donneuse si elle n'a pas appelé avant d'effectuer le dépôt :
- S'assurer que les éléments suivants sont présents/renseignés (sauf s'il s'agit du prélèvement pour la culture bactérienne) :

Emplacement	Élément	Statut
Fiche individu	ATCD 6028 Plage qualif-prél lait	Actif
QCUB – Qual. culture bactérienne	Examen 001205 Qual. Technique prel	MTA
VIRI – Virologie initiale <u>OU</u> QM4 + Tubes	Examens 003100, 003200 <u>OU</u> 003230, 003300, 003400, 003500, 003523, 003800	Neg

- Pour la culture bactérienne, si le résultat est **MTI**, s'assurer que le résultat de l'examen 001206 **Education**, est **Fait**.
 - Sinon, procéder à l'éducation selon la section 6.4.
 - Pour la virologie, si le résultat de l'examen 003523 **Anti-HBc** est **Pos**, s'assurer que l'ATCD 6000 **RLM-En investigation** n'est pas actif en lien avec l'Anti-HBs et que l'ATCD 6005 **RLM-ATCD Médical : Définitif** n'est pas présent.
 - Exemple : un résultat POS à l'examen 003523 **Anti-HBc** avec un résultat POS à l'examen 003522 **Anti-HBs** et un résultat NEG à l'examen 003500 **AgHBs** est acceptable pour le don de lait maternel.
 - Sinon, ou si un autre marqueur virologique listé dans le tableau précédent est positif, aviser la donneuse qu'elle sera contactée à la réception des résultats.
 - **Si un des éléments n'est pas respecté, ne pas organiser la récupération des bouteilles.**
- Vérifier les coordonnées de la donneuse dans EdgeCell.
- Au besoin, corriger l'information en cliquant sur **Modifier l'état civil**.
- Créer un nouveau prélèvement :
- Attribuer un numéro de prélèvement à l'aide de l'étiquette IND-00056 *Numéro de prélèvement*.
 - Dans la **Fiche individu**, cliquer sur **Nouveau Prélèvement**.



- Saisir le numéro de prélèvement et sélectionner le **Type** selon la langue parlée par la donneuse :
 - **Habitudes de vie Fra;**
 - **Habitudes de vie Ang.**
 - Compléter les champs, puis cliquer sur **Questionnaire Médical.**
 - Compléter le questionnaire médical dans EdgeCell avec la donneuse, en se référant au MAN-00605 et au MAN-00624 (00625) *Référence au questionnaire Habitudes de vie – Lait maternel.*
 - Documenter l'information nécessaire à l'application du critère et à la documentation de l'interdiction (ATCD) dans les champs **Commentaire.**
 - Au besoin, préciser le numéro de la question.
 - Cliquer sur **OK**, puis sur **Valider.**
 - Pour une cueillette de lait, organiser la récupération des bouteilles à l'intérieur de 7 jours :
 - Demander le nombre exact de bouteilles congelées et une approximation de la plage de dates des bouteilles.
 - Demander la date et la période de la journée où elle est disponible pour la cueillette des bouteilles (AM, PM ou soir).
 - Aviser les commis pour que le ENR-04187 *Lait – Demande de cueillette* soit complété.
 - S'il y a lieu, ajouter les ATCD dans la **Fiche individu.**
- Note :** Si un ATCD du MAN-00605 est requis pour plus d'une situation, se référer à la SPE-00027.
- Au besoin, utiliser le ENR-02976.
 - Vérifier si un retrait doit être effectué selon la SPE-01189.
- Si une approbation médicale est requise ou si un retour d'appel est attendu pour une interdiction potentielle, procéder selon la section 6.3.
- Si la documentation est complète :
 - Renseigner l'examen 001005 **Vérif. ATCD habitudes de vie** sur le prélèvement **Habitudes de vie.**
 - Faire vérifier par une deuxième personne selon la section 6.5.1.

6.5.1. VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE HABITUDE DE VIE PAR UNE DEUXIÈME PERSONNE

- Pour identifier les dossiers en attente de vérification, accéder à **États – États libres**
 - Sélectionner **Liste des individus**
 - Dans la section **Ensemble de prélèvements** :
 - Sélectionner **Entre deux dates**
 - Inscrire les dates souhaitées
 - **Pour tout Type de prélèvement** : Tous les Types
 - **Pour Nature de types de prélèvements** : Toutes les natures
 - Dans la section **Contenant l'examen** :
 - Saisir 001005 **Vérif. ATCD habitudes de vie**
 - Sélectionner **Uniquement 1ere saisie**
 - Exporter le rapport
- Accéder à la **Fiche individu**, puis à la **Fiche prélèvement** concernée.
 - Cliquer sur **Questionnaire Médical – Imprimer QM renseigné**.
- S'assurer que toutes les questions sont renseignées et documentées au besoin, selon le MAN-00605.
- Fermer le questionnaire en cliquant sur **File – Close Report – Annuler – Fermer – Fermer**.
- Vérifier la présence et les délais des ATCD s'il y a lieu et les modifier au besoin.
- Vérifier le statut des produits au besoin (blocage et retrait selon la SPE-01189).
- Renseigner l'examen 001005 **Vérif. ATCD habitudes de vie** sur le prélèvement **Habitudes de vie**.

6.6. INFORMATION REÇUE HORS QUESTIONNAIRE (APPELS POST-DON)

- À la réception d'une information hors questionnaire nécessitant l'application d'un ATCD, consulter le MAN-00605.
 - Ajouter les ATCD dans la **Fiche individu**.
 - Vérifier si un retrait doit être effectué selon la SPE-01189.
 - Si une approbation médicale est requise, procéder selon la section 6.3.2.

- Faire vérifier la documentation EdgeCell par une deuxième personne.

6.7. FIN DE PARTICIPATION

- Lorsqu'une donneuse souhaite mettre fin à sa participation, saisir le résultat **Terminé** à l'examen 002062 **Suivi virologie BDL**.

7. ANNEXE(S)

S/O

8. BIBLIOGRAPHIE

S/O

9. LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
6.2 6.2.1	Retrait de « Remettre le dossier à la personne désignée pour fermeture »	Il n'y a plus de dossier papier donneuse pour la banque de lait maternel.	PFN-00938[13] 6.2 6.2.1 2 ^e flèche 2 ^e point 2 ^e tiret
6.2 6.2.2 4 ^e flèche 2 ^e point	Ajout de « Critères de sélection – Lait maternel »	Ajout du titre du document MAN-00605 à l'endroit où il est mentionné pour la première fois dans la procédure.	S/O
6.2 6.2.2 8 ^e flèche 1 ^{er} point	Ajout de « Mesures d'hygiène pour le prélèvement de lait maternel »	Ajout du titre du document à l'endroit PUB-00001(00013) où il est mentionné pour la première fois dans la procédure.	S/O
6.2 6.2.3	Retrait de « Remettre le dossier à la personne désignée pour classement et fermeture s'il y a lieu »	Il n'y a plus de dossier papier donneuse pour la banque de lait maternel.	PFN-00938[13] 6.2 6.2.3 8 ^e flèche
6.4	Retrait de « Aviser les commis pour la fermeture du dossier de participation de la donneuse »	Il n'y a plus de dossier papier donneuse pour la banque de lait maternel.	PFN-00938[13] 6.4 4 ^e flèche 3 ^e point
6.5 2 ^e flèche 1 ^{er} point 3 ^e tiret 1 ^{ière} puce	Ajout de « Exemple : un résultat POS à l'examen 003523 Anti-HBc avec un résultat POS à l'examen 003522 Anti-HBs et un résultat NEG à l'examen 003500 AgHBs est acceptable pour le don de lait maternel. »	Ajout d'un exemple de statut sérologique conforme afin de clarifier les conséquences pouvant découler d'un résultat POS à l'examen 003523.	MAN-00605[6]
6.5 2 ^e flèche 1 ^{er} point 4 ^e tiret	Ajout de « dans le tableau précédent »	Précision.	S/O
6.5 7 ^e flèche 3 ^e point	Remplacement de « 02086 Lait – Cueillette » par « 04187 Lait – Demande de cueillette »	Correction du numéro de document. Le formulaire ENR-02086 a été remplacé par le formulaire ENR-04187.	NC-24-001239

 Produits sanguins Cellules souches Tissus humains	Qualification au don de lait maternel	PFN-00938[14]
		Page 14 de 14

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
6.7	Ajout de la section: Fin de participation	Les coordonnateurs pourront documenter la fin de la participation de la donneuse lorsqu'ils en sont avisés.	CC-PRB-02218
Référence : OC-08735			

EN VIGUEUR

Numéro du document	PFN-00033 [22]
Numéro historique	BSC-INS-013
Date en vigueur	08-07-2024
Service responsable	Laboratoire banque sang de cordon
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
IND-00009	Biorisque
ENR-00595	Requête pour génotypage érythrocytaire par biologie moléculaire
PFN-00349	Distribution exceptionnelle CTO
SPE-00989	Rappel- Cellules souches et Lait
MAN-00473	MSBC - Manuel de sécurité biologique et chimique, Module 11: Gestion des déchets
ENR-03738	Avis au médecin transplanteur - Sang de cordon dirigé
SPE-00504	Vérifications pour la mise en inventaire et la distribution du sang de cordon
PFN-00857	Traitement et congélation du sang de cordon
PFN-00030	Expédition des boîtes de transport et des échantillons pour analyses
PFN-00069	Utilisation et entretien des cryotransporteurs
ENR-02953	Feuille de route - Sang de cordon
PFN-00645	Dosage des CD34/CD45 au cytomètre en flux
PFN-00988	Mise en inventaire, distribution et destruction des cellules souches périphériques
PFN-00036	Distribution du sang de cordon
SPE-01050	Schéma du paramétrage EdgeCell pour le sang de cordon
SPE-00025	Codes des examens EdgeCell - Laboratoire de cellules souches
SPE-01128	Corrections acceptables dans EdgeCell
SPE-01344	Utilisation d'EdgeCell

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Laboratoire banque sang de cordon	Diane Fournier	21-06-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	21-06-2024

Table des matières

1. But	2
2. Portée	2
3. Responsabilités.....	2
4. Matériel / équipement(s) requis.....	2
5. Identificateurs	2
6. Procédé	3
6.1. Généralités	3
6.2. Gestion des résultats anormaux	3
6.2.1. Marqueurs virologiques.....	3
6.2.2. Stérilité.....	4
6.3. Analyse de l'hémoglobine	5
6.4. Analyse ABO/Rh.....	6
6.5. Mise en inventaire	6
6.5.1. Révision (Gestionnaire et AQ opérations).....	6
6.5.2. Mise en inventaire (Laboratoire).....	7
6.6. Destruction de produit.....	7
6.6.1. Avis de destruction (Laboratoire, Gestionnaire ou AQ opérations).....	7
6.6.2. Destruction (Laboratoire)	8
6.6.3. Étude de stabilité (Laboratoire)	10
6.7. Dons dirigés	11
6.7.1. Avis au médecin transplanteur et rapport (Gestionnaire).....	11
6.7.2. Suivi périodique (Gestionnaire).....	11
6.7.3. Don dirigé biorisque (Laboratoire).....	12
7. Annexe(s)	14
8. Bibliographie	14
9. Liste des modifications.....	14

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ. Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 2 de 14
--	--	--

1. BUT

Décrire les étapes afin d'assurer la gestion des dons de cellules souches en lien avec les activités suivantes :

- La gestion des résultats d'analyses générés comme anormaux :
 - Marqueurs virologiques chez la mère;
 - Stérilité du sang de cordon et des cellules souches périphériques.
- La gestion des résultats d'hémoglobine chez le donneur de sang de cordon;
- La gestion des résultats Rh indéterminés (donneur de sang de cordon et mère);
- La destruction / mise en inventaire du sang de cordon.

2. PORTÉE

Toutes les unités de sang de cordon (Banque publique et dons dirigés) et les cellules souches périphériques (CSP, pour l'analyse de la stérilité)

3. RESPONSABILITÉS

Laboratoire de cellules souches et Assurance Qualité (AQ) opérations

4. MATÉRIEL / ÉQUIPEMENT(S) REQUIS

- Résultats d'épreuves de laboratoire

5. IDENTIFICATEURS

S/O

6. PROCÉDÉ

6.1. GÉNÉRALITÉS

- Documenter les résultats et actions en se référant à la SPE-01344 *Utilisation d'EdgeCell*.
 - Pour la saisie des examens, se référer à la SPE-00025 *Codes des examens EdgeCell*.
 - Pour toute correction, se référer à la SPE-01128 *Corrections acceptables dans EdgeCell*.

6.2. GESTION DES RÉSULTATS ANORMAUX

- Au minimum à chaque 2 jours ouvrables, générer un état pour les résultats anormaux.
- Pour la Banque publique, suite à la détection d'une stérilité positive ou d'un marqueur virologique positif ou indéterminé (sauf dans les cas d'un résultat anormal pour l'anti-HBc et/ou l'anti-HBs), procéder à la destruction de la poche à l'intérieur de 2 jours ouvrables.

Note : La conservation pour l'étude de stabilité n'est pas acceptable pour ces dons.

6.2.1. MARQUEURS VIROLOGIQUES

- Imprimer la liste des **Résultats Anormaux**.
 - Sélectionner **Entre deux dates** et saisir la plage couvrant les 15 derniers jours et la date du jour.
 - Sélectionner le type de prélèvement **CS – QM4 + Tubes**.
- Si le résultat anormal « Sérologie non redétectée » apparaît :
 - S'il concerne le CMV, considérer la situation conforme.
 - Pour toute autre situation, aviser un responsable pour qu'une non-conformité soit déclarée.

Note : Ce résultat anormal correspond à une discordance avec un résultat antérieur.

- Si un résultat anormal apparaît pour l'anti-HBc et/ou l'anti-HBs :
 - Considérer la situation conforme.

Note : L'ATCD 3147 **Distribution exceptionnelle** s'ajoute automatiquement, et le produit devra être distribué selon la PFN-00349 *Distribution exceptionnelle – CTO*.

- Pour tout autre résultat anormal, procéder selon la section 6.6.
 - Pour un don dirigé, procéder selon la section 6.7.3.

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 4 de 14
--	--	--

- Documenter les actions effectuées s'il y a lieu, puis parapher et dater l'*État des Résultats Anormaux*.

6.2.2. STÉRILITÉ

- Imprimer l'**Historique de saisies de résultats** de stérilité positifs.
 - À **Dates**, saisir la plage (date et heure) couvrant du rapport précédent à la date du jour;
 - À **Examen**, sélectionner 002709 **Stérilité post-traitement**;
 - À **Valeur**, saisir **Pos**.
- Si un ou des dons apparaissent sur le rapport, procéder selon le cas :
 - Banque publique : section 6.6;
 - Sang de cordon dirigé : section 6.7.3;
 - CSP : PFN-00988 *Mise en inventaire, distribution et destruction des cellules souches périphériques*.
- Documenter les actions effectuées s'il y a lieu, puis parapher et dater l'*Historique de saisie des sérologies*.
- À la réception du résultat d'identification et s'il y a lieu, de l'antibiogramme :
 - Enregistrer le résultat dans le répertoire sécurisé :
 - Ouvrir le fichier et cliquer sur **Imprimer – Imprimer**.
 - Sélectionner l'imprimante **Microsoft Print to PDF**.
 - Cliquer sur **Options – Propriétés de l'imprimante** et sélectionner l'orientation **Portrait**.
 - Cliquer sur **OK – Imprimer**.
 - Sélectionner le répertoire « Cellules souches\Stérilité » et cliquer sur **Enregistrer**.
 - Enregistrer le fichier dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu**.
 - Vérifier si le résultat a été détecté via un rapport précédent.
 - Si non, générer le rapport d'historique des saisies tel que décrit précédemment.
 - S'il s'agit d'un CSP, aviser un gestionnaire en précisant le numéro d'individu du patient pour la notification du transplantateur selon la PFN-00988.

6.3. ANALYSE DE L'HÉMOGLOBINE

- À la réception du rapport d'analyse de l'hémoglobine, interpréter le résultat selon le tableau suivant :

Résultat ¹	Résultat EdgeCell		Statut
A0 (A2) et foetale ²	Neg	Négatif	Conforme
A0 et S	AS	Présence AS ³	Conforme
A0 et C	AC	Présence AC ³	Conforme
A0 et E	AX	Hétérozygote autre	Conforme
A0 et O-Arab	AX	Hétérozygote autre	Conforme
A0 et J-Baltimore	AX	Hétérozygote autre	Conforme
A0 et Bart	Bart	Migration rapide	Non conforme
S et C	Pos	Positif ⁴	Non conforme
S et S	Pos	Positif ⁴	Non conforme
Aucun	NT	Non testée	Non conforme


(1) Pour tout autre résultat, consulter un gestionnaire et le directeur médical.

(2) Dans la section « Interprétation », il sera indiqué qu'il n'y a aucune évidence d'hémoglobine anormale.

(3) Porteur hétérozygote de l'anémie falciforme

(4) Anémie falciforme

- Saisir les résultats des examens suivants :
- 002800 **Chromato. de l'hémoglobine;**
 - 005125 **Anticoagulant;**
 - 005126 **Méthode traitement.**
- Dans le cas où le résultat est AS, AC ou AX :
- Ajouter le **Commentaire avis transplantateur** approprié en sélectionnant via le **Glossaire** :
 - Chromatographie de l'Hb, Profil AS : hétérozygote AS;
 - Chromatographie de l'Hb, Profil AC : hétérozygote AC;
 - Chromatographie de l'Hb, Profil AX : hétérozygote AX;
 - Remplacer le « X » selon le résultat.
 - Aviser le Registre par courriel et lui faire parvenir une copie du rapport pour qu'il puisse procéder à la notification.
 - Conserver une copie du courriel au dossier.

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 6 de 14
--	--	--

- Dans le cas où le résultat de l'analyse de l'hémoglobine est non conforme, procéder selon la section 6.6.
 - Pour un don dirigé, poursuivre le processus en ajoutant les examens suivants :
 - 002051 **Révision technique**;
 - 002052 **Révision médicale**.
 - Pour un résultat positif ou Bart, aviser le Registre par courriel et lui faire parvenir une copie du rapport pour qu'il puisse procéder à la notification.
 - Conserver une copie du courriel au dossier.
- Pour un don dirigé, remettre le dossier à un gestionnaire pour l'émission du rapport selon la section 6.7.1.

6.4. ANALYSE ABO/RH

- Pour un résultat Rh indéterminé, compléter le ENR-00595 *Requête pour génotypage érythrocytaire par biologie moléculaire* et remettre au service de l'immunologie érythrocytaire.
- **Gestionnaire** : À la réception du rapport de biologie moléculaire :
 - Mettre à jour le résultat de l'examen 0000RH **Rhésus** dans EdgeCell.

Note : Le résultat « I » initial aura été importé lors du transfert des résultats des analyses réglementaires.

 - Ajouter un **Commentaire relié au produit**, par exemple « Most likely phenotype Rh D negative. Result obtained with molecular biology ».

6.5. MISE EN INVENTAIRE

6.5.1. RÉVISION (GESTIONNAIRE ET AQ OPÉRATIONS)

- Imprimer périodiquement la liste des unités de sang de cordon à vérifier :
 - Accéder au menu **Laboratoire – Etats prélèvements – Examens à Effectuer**.
 - Sélectionner le laboratoire approprié selon le cas :
 - **Révision technique**;
 - **Révision AQ**.
 - Sélectionner **Entre deux dates** et saisir la plage couvrant minimalement les 5 dernières années et la date du jour.
 - Cliquer sur **Imprimer**.

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 7 de 14
--	--	--

- Procéder à la révision selon la SPE-00504 *Vérifications pour la mise en inventaire et la distribution du sang de cordon*.
- Dans le cas d'un résultat **Non conforme**, procéder selon la section 6.6.

6.5.2. MISE EN INVENTAIRE (LABORATOIRE)


- Vérifier périodiquement s'il est possible est possible d'appliquer la méthode groupée **BSC-Transfert en inventaire** :
 - À l'onglet **Sélection**, sélectionner **Satisfaisant règle : BSC Transfert inventaire**.
 - Cliquer sur **Chercher**.
- Récupérer les dossiers des dons apparaissant sur la liste.
- Appliquer la méthode pour tous les dons de la liste.
- Transférer les dossiers au Registre.
- Reprendre les étapes avec la méthode **DIR-Transfert en inventaire (Satisfaisant règle : DIR Transfert inventaire)**.

Note : Les dossiers des dons dirigés auront été transférés au Registre par le gestionnaire selon la section 6.7.1.

6.6. DESTRUCTION DE PRODUIT

6.6.1. AVIS DE DESTRUCTION (LABORATOIRE, GESTIONNAIRE OU AQ OPÉRATIONS)

- Générer le courrier **AVIDES – Avis de destruction**.
 - Indiquer la raison de la destruction avant d'imprimer.
- **Laboratoire** : Procéder à la destruction selon la section 6.6.2.
- **AQ opérations** : Acheminer l'avis à un gestionnaire BSC.
- **Gestionnaire** :
 - À l'émission ou à la réception d'un avis en provenance du Registre ou de l'AQ opérations :
 - S'assurer que la raison de la destruction est documentée dans EdgeCell.
 - Vérifier la présence d'examens en attente.
 - Si possible, supprimer les examens en attente, sauf 002709 **Stérilité post-traitement** si l'analyse est en cours.
 - Pour les examens dont la suppression est impossible, saisir le résultat **Détruit** :

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 8 de 14
--	--	--

- 002051 **Révision technique;**
- 002052 **Révision médicale;**
- 005155 **Certification personnel CH.**
- Vérifier si le produit peut être conservé pour l'étude de stabilité et l'indiquer sur l'avis.

Note : Pour alléger le texte, le terme « étude de stabilité » inclut tout produit non conforme pour la Banque publique conservé pour d'autres besoins tels que formation, validation, contrôle de qualité et étude de stabilité. Les conditions suivantes doivent être respectées :

- Résultat de stérilité présent et négatif;
- Résultats de virologie présents et négatifs (sauf CMV, anti-HBc et anti-HBs);
- Questionnaire post-partum effectué.
- Acheminer l'avis au laboratoire.
- À la réception d'un avis en provenance du laboratoire :
 - Supprimer les examens en attente tel que décrit précédemment.
 - Remettre le dossier au Registre.

6.6.2. DESTRUCTION (LABORATOIRE)

- Si l'*Avis de destruction* indique que le produit est à conserver pour l'étude de stabilité, procéder selon la section 6.6.3.
- Documenter les actions sur l'*Avis de destruction* au fil des étapes.
- Si les échantillons de la mère n'ont pas été reçus et que l'avis provient du laboratoire, aviser le Registre pour ne pas qu'ils soient prélevés et conserver une copie du courriel au dossier.
- Aviser le laboratoire HLA pour que les analyses soient arrêtées, sauf dans les cas suivants :
 - La méthode **Transfert cuve** n'a pas été appliquée (destruction en cours de traitement);
 - L'examen **Vérification typage HLA** (002008 ou 002013) est renseigné.
- Détruire les étiquettes restantes s'il y a lieu.
 - Pour une destruction en cours de traitement, documenter la réconciliation sur le ENR-02953 *Feuille de route – Sang de cordon*.
 - Faire vérifier le ENR-02953 par une 2^e personne.
- Accéder à la liste des produits.

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 9 de 14
--	--	--

- Si un produit apparaît en rouge, consulter le commentaire du blocage pour s'assurer que le produit peut être détruit.
 - Demander le déblocage à l'AQ opérations par courriel.
 - Imprimer la *Liste des produits*.
- Accéder à la liste des produits de la mère.
- Si des produits sont disponibles et associés au cordon à détruire, imprimer la liste.
- Note :** Pour les dons prélevés avant l'implantation d'EdgeCell, les échantillons de la mère sont tracés avec le prélèvement du sang de cordon dans la **Fiche Individu** du bébé.
- Si applicable, retirer les produits de la biothèque (structure **Banque Publique Sang de Cordon**).
- Imprimer les mouvements ou indiquer que les emplacements ont été libérés sur l'imprimé conservé dans le dossier.
 - Pour un don dirigé, accéder également à la structure de biothèque **Dirigé** pour libérer la poche.
 - Au besoin, répéter les étapes en saisissant le numéro de prélèvement de la mère (se référer à la *Liste des produits* imprimée précédemment).
- Note :** L'échantillon **cryoCQ** n'étant pas tracé en biothèque, le rechercher physiquement avec la date de prélèvement. Les échantillons de plasma des dons prélevés avant l'implantation d'EdgeCell n'étant pas placés dans la biothèque, se référer au cartable des emplacements.
- Récupérer physiquement tous les produits à détruire et les faire vérifier par un second technicien avant de les sortir de la cuve ou du congélateur.
- Parapher et dater sur la *Liste des produits* (les deux techniciens).
- Pour chacun des produits à détruire, appliquer la méthode **Destruction**.
- Pour un rejet en cours de traitement, saisir la poubelle **virtuelle** si des produits ont été créés informatiquement mais non physiquement.
- Procéder à l'**Étiquetage** de la poche en sélectionnant **Produit à détruire**.
- Apposer l'étiquette sur la poche.
- Jeter les produits, incluant ceux non tracés dans EdgeCell s'il y a lieu, et détruire les requêtes qui leur sont associées :
- tube de sang total (HLA);
 - tube de globules rouges (BDS);

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 10 de 14
--	--	---


- tubes de leucoplaquettes fraîches (cytomètre en flux);
- poche de résidus (CUB).

Note : Il est possible que le tube pour l'analyse de l'hémoglobine soit préparé physiquement avant d'être créé dans EdgeCell. Si c'est le cas, jeter le tube.

- Afin de s'assurer que tous les produits sont détruits, imprimer à nouveau la *Liste des produits* du bébé et de la mère.
 - Faire vérifier par un second technicien.
- Si l'*Avis de destruction* provient du laboratoire, vérifier la présence d'examens en attente.
 - Si des examens sont en attente, remettre le dossier à un gestionnaire pour qu'ils soient supprimés selon la section 6.6.1.
 - Sinon, transférer le dossier au Registre.
- Pour un don dirigé, imprimer la liste des unités de sang de cordon dirigé mise à jour :
 - Accéder à la structure de bibliothèque appropriée :
 - **Biorisque;**
 - **Dirigé.**
 - À **Fabriqué entre le**, saisir selon le cas :
 - aucune date pour un don biorisque;
 - le premier jour de l'année et la date du jour pour un don congelé durant l'année en cours;
 - les dates sélectionnées lors de la dernière mise à jour des dons congelés avant l'année en cours (consulter la liste imprimée).
 - À **Produit**, sélectionner **Cordon dirigé cryopréservé**.
 - Cliquer sur **OK**.
 - Trier la liste par emplacement en cliquant sur l'en-tête de la colonne **Emplacement**.

6.6.3. ÉTUDE DE STABILITÉ (LABORATOIRE)

- Aviser le laboratoire HLA pour que les analyses soient arrêtées, sauf si l'examen **Vérification typage HLA** (002008 ou 002013) est renseigné.
- Accéder à la liste des produits.

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 11 de 14
--	--	---

- Si un produit apparaît en rouge, consulter le commentaire du blocage.
 - Au besoin, demander le déblocage à l'AQ opérations par courriel, pour pouvoir rebloquer avec le commentaire approprié.
- Bloquer le produit **Cordon cryopréservé** (suite au déblocage s'il y a lieu).
 - Inscrire « Stabilité » en commentaire.
- Compléter l'*Avis de destruction* et transférer le dossier au Registre.

6.7. DONS DIRIGÉS

6.7.1. AVIS AU MÉDECIN TRANSPLANTEUR ET RAPPORT (GESTIONNAIRE)

- À la réception du dossier suite à la saisie du résultat d'analyse de l'hémoglobine, procéder à la révision technique selon la SPE-00504.
- Remplir le ENR-03738 *Avis au médecin transplantateur – Sang de cordon dirigé*.
- À partir de la **Fiche individu/patient** EdgeCell, générer le courrier **PRFDIR – Profil Donneur Dirigé/Patient**.
- Acheminer le ENR-03738 et le courrier au médecin transplantateur.
 - Dans le cas d'une stérilité positive, joindre également l'antibiogramme.
 - Enregistrer la preuve de l'envoi (incluant le contenu) dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu/bébé**.
- Au retour du ENR-03738 complété par le médecin transplantateur :
 - Enregistrer dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu/bébé**.
 - Si la destruction du produit est demandée, procéder selon la section 6.6.1.
 - Transférer le dossier au Registre.

6.7.2. SUIVI PÉRIODIQUE (GESTIONNAIRE)

- Générer périodiquement (par exemple à chaque année) la liste des dons dirigés cryopréservés à partir du menu EdgeCell **Consultation du stock labiles**.
 - À **Produits**, sélectionner **Cordon dirigé cryopréservé**.
 - À **Emplacement**, sélectionner **Tous dépôts ou Dépôts du Groupe**.
 - À l'onglet **Conditions diverses**, cocher **Produits Réservés/Compat**.
 - Cliquer sur **Liste Détaillée**, puis sur **Exporter**.

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 12 de 14
--	--	---


- À partir de la colonne **Fabriqué le**, calculer l'âge des produits.
- Pour les produits qui auront atteint un multiple de 5 ans :
 - Remplir le ENR-03738 et l'enregistrer dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu/bébé**.
 - À partir la **Fiche individu/patient**, générer le courrier **PRFDIR – Profil Donneur Dirigé/Patient**.
 - Acheminer l'avis et le rapport au médecin transplantateur.
- Au retour du ENR-03738 complété par le médecin transplantateur :
 - Enregistrer dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu/bébé**.
 - Si la destruction du produit est demandée, procéder selon la section 6.6.1.

6.7.3. DON DIRIGÉ BIORISQUE (LABORATOIRE)

- Déplacer le don dans la cuve biorisque :
 - Au besoin, conditionner un cryotransporteur selon la PFN-00069 *Utilisation et entretien des cryotransporteurs*.

Note : Un cryotransporteur devra être utilisé si le déplacement entre les deux cuves requiert plus de 20 secondes.

 - Retirer le produit de la structure de biothèque **Dirigé**.
 - Imprimer les mouvements ou indiquer que l'emplacement a été libéré sur l'imprimé conservé dans le dossier.
 - Placer le produit dans la structure de biothèque **Biorisque**.
 - Imprimer l'emplacement.
- Imprimer la liste des unités de sang de cordon dirigé et dirigé biorisque mise à jour :
 - Accéder à la structure de biothèque **Dirigé** :
 - À **Fabriqué entre le**, saisir le premier jour de l'année et la date du jour.
 - À **Produit**, sélectionner **Cordon dirigé cryopréservé**.
 - Trier la liste par emplacement en cliquant sur l'en-tête de la colonne **Emplacement**.
 - Accéder à la structure de biothèque **Biorisque** :
 - Ne pas saisir de dates.

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction	PFN-00033[22] Page 13 de 14
--	--	---------------------------------------

- À **Produit**, sélectionner **Cordon dirigé cryopréservé**.
- Trier la liste par emplacement en cliquant sur l'en-tête de la colonne **Emplacement**.
- Transférer physiquement la poche dans la cuve biorisque.
 - Au besoin, utiliser un cryotransporteur conditionné.
- Ajouter un **Commentaire prélèvement** indiquant le délai d'exposition du produit en-dehors de la vapeur d'azote.
- Parapher et dater sur l'imprimé des emplacements.
 - Faire vérifier, parapher et dater par un second technicien.
 - Conserver le document au dossier.
- Compléter l'IND-00009 *Biorisque* et l'apposer sur le dossier.

EN VIGUEUR

7. ANNEXE(S)

S/O

8. BIBLIOGRAPHIE

S/O

9. LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
6.7.1 2 ^e flèche	Retrait d'enregistrer le ENR-03738 dans la Fiche individu		
6.7.1 4 ^e flèche	Ajout d'enregistrer la preuve de l'envoi au transplanteur (courriel, ENR-03738, rapport et s'il y a lieu, antibiogramme) dans la Fiche individu	Point de contrôle manquant pour assurer la traçabilité de la communication au centre transplanteur.	AUD-I00423 AEX-3117-EXP
6.7.2 1 ^{re} flèche	Remplacement de générer la liste des dons dirigés « à chaque année » par « périodiquement (par exemple à chaque année) »	Il est souhaitable mais non requis d'effectuer ce suivi annuellement, afin de conserver seulement les unités qui ont un potentiel de greffe.	S/O
Référence : OC-09111			

Numéro du document	PFN-00129 [14]
Numéro historique	LAB-INS-043
Date en vigueur	04-06-2023
Service responsable	Préparation des composants – Sang et lait
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
IND-00130	Étiquette «R» pour boîte de déchets bio-médicaux
PFN-00168	Panne du système ePROGESA Distribution de produits sanguins (cartable rouge)
PFN-00167	Inspection des produits conformes
PAF-00012	Préparation des collectes
MAN-00187	eProgesa Guide de l'utilisateur - Édition des rejets (edirejet_d)
SPE-00654	Nettoyage en cas de bris d'un culot lors de l'utilisation de l'ACP 215
ENR-01043	Gestion des déchets biomédicaux
MAN-00148	eProgesa Guide de l'utilisateur - Gestion des rejets (ctprejet_d)
MAN-00110	eProgesa Guide de l'utilisateur - Mise en boîte (ctpbox_d)
MAN-00111	eProgesa Guide de l'utilisateur - Distribution rapide (ctpbulk_m)
MAN-00180	eProgesa Guide de l'utilisateur - Édition des périmés labiles (ediperem_d)
MAN-00473	MSBC - Manuel de sécurité biologique et chimique, Module 11: Gestion des déchets
MAN-00063	GDAА Manuel de gestion des documents et des archives : Logiciel Ultima
ENR-01005	Traçabilité des déchets biomédicaux
IND-00559	Mtl - Étiquette avec numéro séquentiel pour la gestion des déchets biomédicaux.
ENR-00472	Pour contrôle de qualité culots et produits plaquettaires rejetés
IND-00560	QC -Étiquette avec numéro séquentiel pour la gestion des déchets biomédicaux
IDT-00030	Gestion des produits hors normes/rejet au PCS
PFN-00931	CON - Sélection des culots pour procédures spécifiques
PFN-00251	Congélation et décongélation des échantillons utilisés pour réactifs
PFN-00607	Suivi de dossier selon le type de donneur
ENR-00450	LAB - Produits / Segments demandés par le laboratoire

IDT-00044	Révision des documents de production
SPE-00077	Documents à consulter lors de la récupération suite à une panne du système ePROGESA
PFN-00085	Étiquetage des produits sanguins
PFN-00086	Étiquetage des dons autologues

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Ressources matérielles	Ghislain Tanguay	04-05-2023
Qualité et normes – cellules souches, tissus humains et labo	Laetitia Cortes	09-05-2023
Service à la clientèle – hôpitaux	Louis-Philippe Gagné	04-05-2023
Laboratoire de référence et des cellules souches	Marie-Claire Chevrier	04-05-2023
Préparation des composants – Sang et lait	Pierre Noël	04-05-2023
Planification de l'approvisionnement	Sylvain Desjardins	04-05-2023
Assurance qualité	Aleyda Maria Jimenez	11-05-2023



Table des matières

1. But	2
2. Portée	2
3. Responsabilités.....	2
4. Matériel / équipement(s) requis.....	2
5. Identificateurs	2
6. Procédé	3
6.1. Généralités	3
6.2. Gestion informatique des contenants dans ePROGESA.....	3
6.2.1. Étiquetage des Rejets.....	3
6.2.2. Mise en boîte des produits sanguins labiles dans ePROGESA.....	3
6.2.3. Mise en boîte physique des produits sanguins labiles (tous services sauf l'expédition).....	4
6.2.4. Mise en boîte physique des produits sanguins labiles (Service de l'expédition)	4
6.2.5. Vérification finale (Service de la préparation des composants sanguins et de l'étiquetage)	5
6.3. Vérification des produits rejetés entreposés dans les autres services (LCQ, LRCS, QUA)	7
6.4. Cueillette des chaudières et des contenants.....	7
6.5. Conciliation mensuelle (préparation des collectes mtl et magasin qc).....	9
6.6. Rapport annuel de production de déchets biomédicaux (Préparation des collectes mtl)	12
7. Annexe(s)	13
7.1. Annexe 1 : Annexe 1 du Règlement sur les déchets biomédicaux – rapport annuel de production de déchets biomédicaux.....	13
7.2. Annexe 2 : Exemple de liste d'édition de mise en boîte	14
8. Bibliographie	15
9. Liste des modifications.....	15

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



1. BUT

- Décrire la procédure à suivre pour la gestion des contenants des déchets biomédicaux

2. PORTÉE

- Tous les déchets biomédicaux à l'exception des déchets liquides traités avec une solution désinfectante.

3. RESPONSABILITÉS

- Tous les services d'Héma-Québec qui produisent ou gèrent des déchets biomédicaux.

4. MATÉRIEL / ÉQUIPEMENT(S) REQUIS

- Indicateurs numérotés pour les contenants de déchets biomédicaux
- Matériel d'emballage pour déchets biomédicaux

5. IDENTIFICATEURS

S/O

Éléments optionnels à utiliser selon les besoins

	Point de contrôle
	Fonctionnement



6. PROCÉDÉ

6.1. GÉNÉRALITÉS

- SOUS AUCUNE CONSIDÉRATION, une boîte de rejet ne peut être supprimée dans ePROGESA.
- Aviser le gestionnaire si un message d'erreur bloque le processus de mise en boîte. Initier une non-conformité au besoin.

6.2. GESTION INFORMATIQUE DES CONTENANTS DANS EPROGESA

6.2.1. ÉTIQUETAGE DES REJETS

Note : Expédition, ne pas effectuer cette étape pour les produits périmés.

- Utiliser le programme *Gestion des rejets* pour imprimer l'étiquette de rejet ePROGESA. Sauf pour les produits détruits par le PCS.
- Saisir le code de rejet de ePROGESA selon le service (ex : Étiquetage : Pour les produits périmés, utiliser le code de rejet « 0508-Produit périmé en attente d'étiquetage »).

Au besoin, se référer au MAN-00148 *eProgosa Guide de l'utilisateur - Gestion des rejets (ctprejet_d)*

6.2.2. MISE EN BOÎTE DES PRODUITS SANGUINS LABILES DANS EPROGESA

Note : Étiquetage, ne garder qu'un seul contenant de déchets biomédicaux ouvert dans le service; inscrire sur le contenant la date de sa création et de sa fermeture.

- Apposer un IND-00130 *Étiquette « R » pour boîtes de déchets biomédicaux* sur chacun des 4 côtés du contenant.
- Apposer l'indicateur numéroté IND-00559 *Mtl-Étiquette avec numéro séquentiel pour la gestion des déchets biomédicaux* ou IND-00560 *QC-Étiquette avec numéro séquentiel pour la gestion des déchets biomédicaux*, si celui-ci n'est pas présent sur le contenant de déchets biomédicaux.
- Dans le programme *Mise en boîte* de ePROGESA:
 - Créer ou modifier la boîte de déchets biomédicaux.
 - Saisir la lettre « R » puis à l'aide du lecteur optique, scanner l'indicateur numéroté du contenant.
 - La personne qui crée un numéro de boîte de déchets biomédicaux dans ePROGESA est responsable de s'assurer que les IND-00130 sont présents sur le contenant.
 - Le code du produit est le : D9999000 (Produits à détruire).
 - À l'aide d'un lecteur optique lire les produits.
 - Ne pas dépasser un poids de 8000 g = 8 kg par boîte.

 <p>Produits sanguins Cellules souches Tissus humains</p>	GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX	PFN-00129[14] Page 4 de 17
--	--	--------------------------------------

Au besoin, se référer au MAN-00110 *eProgesa Guide de l'utilisateur - Mise en boîte (ctpbox_d)*

6.2.3. MISE EN BOÎTE PHYSIQUE DES PRODUITS SANGUINS LABILES (TOUS SERVICES SAUF L'EXPÉDITION)

- **Avant** de mettre physiquement les produits dans le contenant de déchets biomédicaux, imprimer l'édition de *Mise en boîte* à l'aide du programme *Mise en boîte d'ePROGESA*.
- Vérifier que les produits à jeter sont tous listés sur l'édition (numéro de don et type de produit).

Note : Si un produit doit être retiré de la boîte, consulter le MAN-00110 *eProgesa Guide de l'utilisateur - Mise en boîte (ctpbox_d)*, **section «option-modification»**.

- Jeter les produits dans le contenant de déchets biomédicaux et sceller ce dernier.
Se référer à la SPE-00077 *Documents à consulter lors de la récupération suite à une panne du système ePROGESA* pour connaître la durée de conservation des documents d'édition de mise en boîte.

6.2.4. MISE EN BOÎTE PHYSIQUE DES PRODUITS SANGUINS LABILES (SERVICE DE L'EXPÉDITION)

- Conserver les produits rejetés de la journée et les périmés (étiquetage du produit rejet effectué) dans un espace dédié et identifié.
- Créer la poubelle de déchets biomédicaux tel que décrit dans la section 6.2.2 (**une poubelle par jour**). Cette action n'est pas obligatoire si aucun rejet ou péremption n'est effectué ce jour-là.
- À l'aide d'un lecteur optique lire les produits.
- Effectuer la mise en boîte :
 - **Avant** de mettre physiquement les produits dans le contenant de déchets biomédicaux, imprimer l'édition de *Mise en boîte* à l'aide du programme *Mise en boîte d'ePROGESA*
 - Faire la concordance entre la liste d'édition et les numéros de dons des produits à jeter. (Voir en annexe un exemple d'une liste d'édition de mise en boîte)
 - Jeter les produits dans le contenant de déchets biomédicaux et sceller ce dernier.
 - Parapher et dater la liste d'édition.
 - Conserver la liste en tout temps.

NOTE : La boîte de déchets biomédicaux est à usage unique (par exemple une par jour). **Après la fermeture de la boîte, aucune modification de la mise en boîte dans eProgesa n'est permise.**



6.2.5. VÉRIFICATION FINALE (SERVICE DE LA PRÉPARATION DES COMPOSANTS SANGUINS ET DE L'ÉTIQUETAGE)

➤ Préparation des composants sanguins :

- Inscrire sur le côté du contenant les dates de prélèvement des dons.
- Imprimer *l'édition des rejets* à partir des dates de prélèvement.
 - *Édition des rejets : rejets en stock qui ne sont pas mis en boîte;*

Champs à compléter	Information à saisir
TYPE DE TRI	DATE DE COLLECTE
DATE DÉBUT	Date de prélèvement à vérifier - début
DATE FIN	Date de prélèvement à vérifier - fin
STOCK/DISTRIBUE	STOCK
UNIQUEMENT NON BOXÉS	OUI
TYPE EDITION	DATE ou CODE DE COLLECTE
EDITION NOMBRE D'UNITES	OUI
CODE SITE	0560 ou 0561
CODE PRODUIT	ENTER pour tous les codes
CODE REJET	ENTER pour tous les codes

- S'assurer que pour les dates de prélèvement, tous les produits rejetés ont été mis en boîte; si non, **aviser le gestionnaire**.

Note : Les contenants sont conservés tant que les dons sur *l'édition des rejets* n'ont pas été physiquement retracés.

- Inscrire sur le dessus du contenant la date de sa fermeture.



➤ Étiquetage :

- Imprimer l'édition des rejets par date de rejet.
 - *Édition des rejets : rejets en stock qui ne sont pas mis en boîte;*

Champs à compléter	Information à saisir
TYPE DE TRI	DATE REJET
DATE DÉBUT	Date de la création de la boîte
DATE FIN	Date de la fermeture de la boîte
STOCK/DISTRIBUÉ	STOCK
UNIQUEMENT NON BOXÉS	OUI
TYPE ÉDITION	DATE ou CODE DE COLLECTE
ÉDITION NOMBRE D'UNITÉS	OUI
CODE SITE	0560 ou 0561
CODE PRODUIT	ENTER pour tous les codes
CODE REJET	ENTER pour tous les codes

- Sur l'édition, s'assurer que pour les dates entre la création et la fermeture du contenant, tous les produits rejetés ont été mis en boîte.
- Si des produits rejetés ne sont pas dans un contenant de déchet, confirmer que ces produits sont :
 - *Destinés au contrôle de qualité via l'ENR-00472 Pour contrôle de qualité culots et produits plaquettaires rejetés*
 - ✓ Le programme *Édition des résultats* peut être utilisé pour vérifier les produits réceptionnés au LCQ via les analyses 2402, 2412. Pour ce faire, compléter les champs suivants :

The screenshot shows a software interface for 'Édition des résultats'. It includes fields for 'DATE DEBUT' (07/07/2022) and 'DATE FIN' (13/07/2022). Below these are radio buttons for 'OUI', 'NON', 'ET', and 'OU'. A section titled 'Analyse a editer' contains two rows of analysis codes: '2402' with 'CQ-CGPEREM' and '2412' with 'CQPLQPOPE'. To the right, there are two empty boxes with '>>' arrows. A text box on the right contains the instruction: 'Date de prélèvement la plus éloignée sur l'édition des rejets' and 'Date de prélèvement la plus récente sur l'édition des rejets'.

- *Destinés au laboratoire de qualification (QUA) via l'ENR-00450 Produit demandé par le laboratoire.*
- *« Utilisé par [service] » ou reliés à une enquête transfusionnelle. Ces derniers seront investigués selon la section 6.2.*
- Investiguer tout autre code de rejets apparaissant sur l'édition, afin de s'assurer de leur prise en charge. Au besoin, aviser le gestionnaire.
- Une fois la vérification effectuée, parapher/dater l'édition.

6.3. VÉRIFICATION DES PRODUITS REJETÉS ENTREPOSÉS DANS LES AUTRES SERVICES (LCQ, LRCS, QUA)

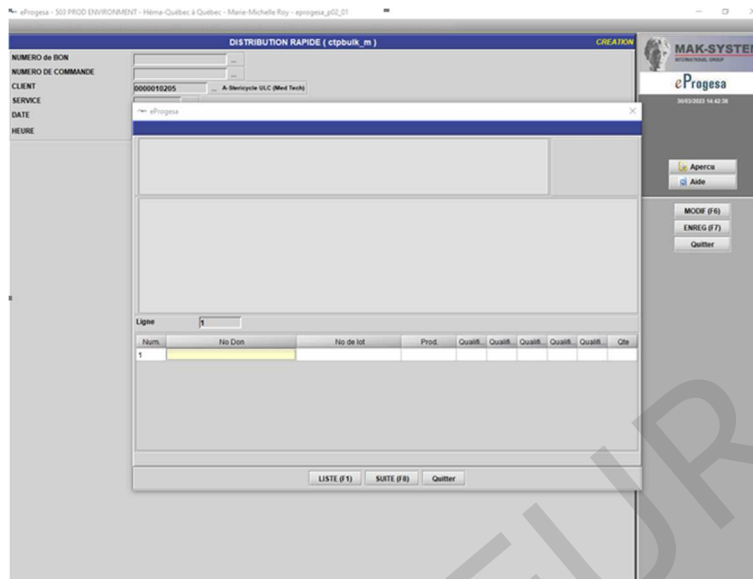
- Pour les services entreposant des produits rejetés non mis en boîte :
 - Effectuer périodiquement, minimalement 4 fois /année, un inventaire des produits à l'aide de l'édition des rejets : rejets en stock non boxés.
 - Vérifier que les produits sur le rapport sont présents. Si non, aviser le gestionnaire.

6.4. CUEILLETTE DES CHAUDIÈRES ET DES CONTENANTS

- Mettre les contenants à l'endroit approprié pour qu'ils soient ramassés et entreposés à une température inférieure à 4°C par le service de ressources matérielles.
- Le jour de la cueillette le service responsable (préparation des collectes MTL et magasin QC) doit :
 - Pour chaque contenant ayant l'IND-00130 Étiquette « R ».
 - Ségréguer les contenants ayant l'inscription "0562".
 - Se connecter à ePROGESA avec le site "0560" pour MLT ou "0561" pour QC et sélectionner le programme Distribution rapide.
 - Se connecter à ePROGESA avec le site "0562" et sélectionner le programme Distribution rapide pour les contenants provenant des Plasmavie identifiés avec le code "0562".

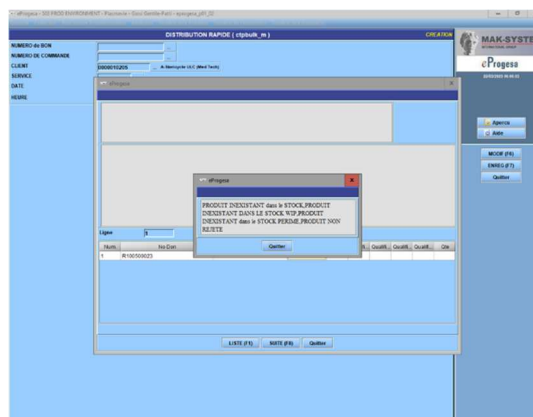
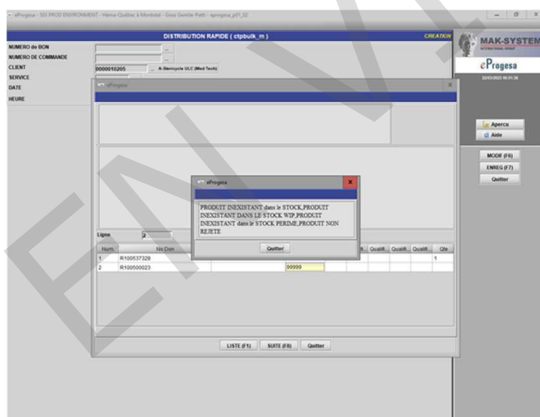


- Appuyer sur CREATION pour démarrer l'enregistrement des contenant rejetés.



- Inscrire la lettre "R" en majuscule dans le champ "NUMERO DE DON" et saisir, à l'aide du lecteur optique dans ePROGESA, l'indicateur numéroté de chaque contenant.
- Imprimer le bon de distribution ePROGESA lorsque tous les contenants sont saisis.


Si les messages d'erreur suivants surviennent lors de la saisie d'un contenant dans eProgresa, aviser le gestionnaire.



Au besoin, se référer au MAN-00111 *eProgresa Guide de l'utilisateur - Distribution rapide (ctpbulk_m)*

- Pour les contenants sans IND-00130 Étiquette « R »
 - Se connecter dans l'application DEBI



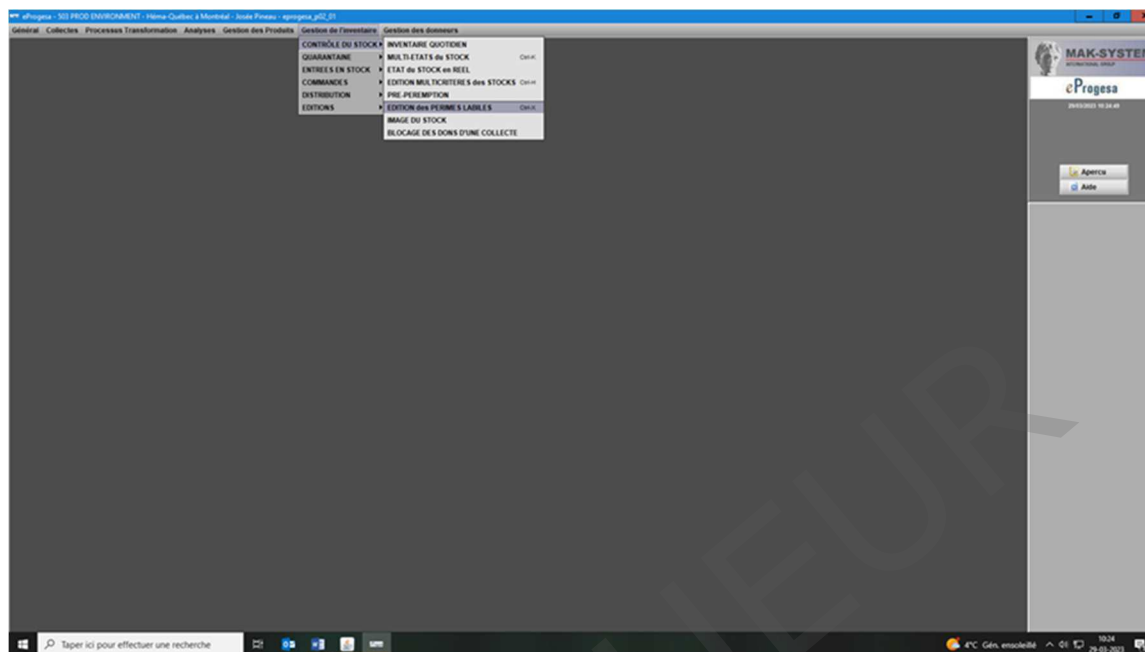
- Saisir à l'aide du lecteur optique dans DEBI l'indicateur numéroté sur l'ENR-01043 *Gestion des déchets biomédicaux*.
- Sauvegarder le l'ENR-01043 Gestion des déchets biomédicaux sur le réseau \\hq\hq\$\Collaborations\Partages\Biorisque AAAA" (en fonction de l'année et mois du rapport) 
- Imprimer l'ENR-01043. Le chauffeur et le service responsable doivent effectuer la vérification de ce formulaire et le signer.
- Apposer l'étiquette de générateur du fournisseur (étiquette jaune « GENERATOR ») dans la section PRODUCTEUR de l'imprimé 20 x 20 sur chaque contenant d'emballage de déchets biomédicaux
- Lors du ramassage des contenants par le chauffeur du fournisseur de service de collecte et d'incinération des déchets biomédicaux attiré :
 - Faire la conciliation entre le nombre de contenants indiqué dans le bon de distribution ePROGESA, l'ENR-01043 et le nombre indiqué sur le bordereau du chauffeur.
 - Remettre le bon de distribution ePROGESA, l'ENR-01043 et le bordereau du chauffeur complétés au gestionnaire.
- Conserver les bons de distribution ePROGESA, les formulaires ENR-01043 signés et les bordereaux du fournisseur de service de collecte et d'incinération selon le MAN-00063 *GDA- Calendrier de conservation des documents réglementés*.

6.5. CONCILIATION MENSUELLE (PRÉPARATION DES COLLECTES MTL ET MAGASIN QC)

- Utiliser le programme *Edition des périmés labiles* d'ePROGESA pour effectuer une conciliation mensuelle des boîtes « R » non distribuées virtuellement mais distribuées physiquement.



Le menu *Edition des périmés labiles* d'ePROGESA peut être accéder également en utilisant la fonction "Ctrl-X".



- La période à éditer doit être d'un an à partir du 2^{ème} mois précédent (mises en boîtes finalisées par les services). Sélectionner le premier jour du mois pour les dates de début et de fin.

Voir exemple pour un rapport imprimé en date du 06-03-2023

Champs à compléter	Information à saisir	Notes
TYPE DE TRI	DATE de PEREMPTION	S/O
DATE DE DEBUT	01-01-2022	Jour : Premier jour du mois Mois : 14 mois avant le mois actuel
DATE FIN	01-01-2023	Jour : Premier jour du mois Mois : 2 mois avant le mois actuel
STOCK/DISTRIBUE	Stock	S/O
INIQUÉMENT NON BOXES	NON	Entrée automatique
FAMILLE PRODUIT	Tous	Peser la touche "Entrée"
CODE PRODUIT	D9999000	S/O
TYPE EDITION	Date	S/O
EDITION NOMBRE D'UNITÉS	OUI	S/O
CODE SITE	0560, 0561 ou 0562	0560 : site de Montréal 0561 : Site de Québec 0562 : Centres Plasmavie



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

PFN-00129[14]

Page 11 de 17

CODE	LIBELLE
0560	Héma-Québec à Montréal
0561	Héma-Québec à Québec
1000	Interface de facturation
0562	Plasmavie

- Imprimer le rapport, parapher et dater.


Liste des imprimantes

- Fax
- Microsoft Print to PDF
- Microsoft XPS Document Writer
- Send To OneNote 2016
- Webex Document Loader
- Xerox AltaLink C8055 (9C9334E-B75C-E6)
- \\PRD-CVGE01.hq.intra\CV-009
- \\PRD-CVGE01.hq.intra\CV-101

SELECTIONNER PAS d'IMPRIMANTE de DISPONIBLE Rafraîchir Annuler

- Conserver le rapport mensuel au service selon le MAN-00063 *GDA*- *Calendrier de conservation des documents réglementés*.
- Aviser le gestionnaire si la conciliation n'est pas conforme, une non-conformité sera initiée pour toute conciliation non conforme. S'assurer que le numéro de la NC est documenté sur le rapport mensuel imprimé.

Exemple de conciliation non-conforme

 Produits sanguins Cellules souches Tissus humains HÉMA-QUÉBEC	Héma-Québec à Montréal 4045, boul. Côte-Vertu SAINT-LAURENT, QC H4R 2W7 (514) 832-5000									
	PEREMPTIONS LABILES FAITES PERIODE du 28/01/2022 au 27/01/2023 TYPE de TRI: Date de Peremption / Date FAMILLE PRODUIT: Tous / CODE PRODUIT: 99999 Produits à détruire CODE SITE : 0560 Héma-Québec à Montréal									
Lieu de collecte	Produit	Titre	Peremption	No Don	Preleve le	Groupe/Pheno/Patie Qualificatif	Volume	Unité	Local.	Fournisseur
	D9999000	Produits à détruire	29/06/2022	23:59	R100546399	28/03/2023	5973 ml	12		Héma-Québec à Montréal
	D9999000	Produits à détruire	01/08/2022	23:59	R100518261	19/07/2022	645 ml	2		Héma-Québec à Montréal
PEREMPTIONS LABILES a VENIR PERIODE du 28/01/2022 au 27/01/2023 TYPE de TRI: Date de Peremption / Date FAMILLE PRODUIT: Tous / CODE PRODUIT: 99999 Produits à détruire CODE SITE : 0560 Héma-Québec à Montréal										
Lieu de collecte	Produit	Titre	Peremption	Don.	Preleve le	Groupe/Pheno/Patie Qualificatif	Volume	Unité	Local.	Fournisseur
RIEN A IMPRIMER										

- Au besoin, se référer au MAN-00180 eProgesa Guide de l'utilisateur – Édition des périmés labiles (ediperem_d).

6.6. RAPPORT ANNUEL DE PRODUCTION DE DÉCHETS BIOMÉDICAUX (PRÉPARATION DES COLLECTES MTL)

- Avant le premier avril de chaque année, demander le rapport annuel pour l'année calendrier précédente, des déchets biomédicaux au fournisseur de service de collecte et d'incinération.
- Au plus tard le premier avril de chaque année, préparer le *Rapport annuel de production de déchets biomédicaux* tel que prescrit dans l'annexe 1 du Règlement sur les déchets biomédicaux.
- Conserver le rapport annuel au service pour une période d'au moins trois ans.



7. ANNEXE(S)

7.1. ANNEXE 1 : ANNEXE 1 DU RÈGLEMENT SUR LES DÉCHETS BIOMÉDICAUX – RAPPORT ANNUEL DE PRODUCTION DE DÉCHETS BIOMÉDICAUX

IDENTIFICATION DU PRODUCTEUR			
Nom: _____	Province/État: _____		
Adresse: _____	Pays: _____		
_____	Code postal: _____		

IDENTIFICATION DU RESPONSABLE			
Nom: _____	Signature: _____		
Titre: _____	Date: _____		
	No de téléphone: _____		
ÉQUIPEMENT DE TRAITEMENT SUR PLACE			
<input type="checkbox"/> Incinération Capacité: _____ kg/h	Autorisé par le MDDEPQ: _____ / _____		
<input type="checkbox"/> Désinfection Capacité: _____ kg/h	Autorisé par le MDDEPQ: _____ / _____		
	an mois		
CATÉGORIE 1 - DÉCHETS ANATOMIQUES HUMAINS			
a) Quantité totale produite: _____ kg	c) Quantité totale incinérée sur place: _____ kg		
b) Quantité expédiée à l'extérieur: _____ kg			
Transporteur(s) # Autorisation	Destinataire(s) # Autorisation		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
CATÉGORIE 2 - DÉCHETS ANATOMIQUES ANIMAUX			
a) Quantité totale produite: _____ kg	c) Quantité totale incinérée sur place: _____ kg		
b) Quantité expédiée à l'extérieur: _____ kg			
Transporteur(s) # Autorisation	Destinataire(s) # Autorisation		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
CATÉGORIE 3 - DÉCHETS NON ANATOMIQUES			
a) Quantité totale produite: _____ kg	c) Quantité totale incinérée sur place: _____ kg		
b) Quantité expédiée à l'extérieur: _____ kg	d) Quantité totale désinfectée sur place: _____ kg		
Transporteur(s) # Autorisation	Destinataire(s) # Autorisation		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

PFN-00129[14]

Page 14 de 17

7.2. ANNEXE 2 : EXEMPLE DE LISTE D'ÉDITION DE MISE EN BOÎTE

Mise en boîte

Héma-Québec à Montréal
4045, boul. Côte-Vertu
SAINT-LAURENT, QC H4R 2W7
(514) 852-0000

Du PREMIER Au DERNIER

No Boîte	Unité	No Don	Produit	Poids	Etat	Date de préparation	Date de préemballage
41020244	LT		2000V02	7663	partie	24/03/2023	06/04/2023
000023	86662	002	E503V02	248	-	06/04/2023	31/03/2023
000023	85587	020	E503V02	252	-	06/04/2023	31/03/2023
000023	85589	008	E503V02	272	-	06/04/2023	04/04/2023
000023	86478	002	E503V02	285	-	13/04/2023	07/04/2023
000023	18021	02F	E024V02	237	0213 - Sang stér - volume réduit	21/04/2023	31/03/2023
000023	18496	02U	E031V02	300	0278 - Étiquette Transfusionnelle 0278	14/05/2023	07/04/2023
000023	80794	02F	E716V02	287	-	13/04/2023	24/03/2023
000023	24977	002	E024V02	236	0213 - Sang stér - volume réduit	24/03/2023	03/03/2023
000023	21298	02U	E024V02	247	0213 - Sang stér - volume réduit	27/03/2023	06/03/2023
000023	21438	02U	E031V02	302	0281 - Étiquette Transfusionnelle 0281	18/05/2023	06/04/2023
000023	20970	02V	E031V02	314	-	10/04/2023	27/03/2023
000023	22053	020	E024V02	235	0213 - Sang stér - volume réduit	24/03/2023	03/03/2023
000023	22442	02U	E307V02	182	0215 - Utilisé par le contrôle de qualité	06/04/2023	26/03/2023
000023	22665	02V	E308V02	196	0215 - Utilisé par le contrôle de qualité	07/04/2023	31/03/2023
000023	22696	02G	E309V02	157	-	07/04/2023	31/03/2023
000023	22940	02G	E307V02	182	0215 - Utilisé par le contrôle de qualité	07/04/2023	31/03/2023
000023	22916	02U	E307V02	181	-	06/04/2023	20/03/2023
000023	22928	002	E307V02	182	-	06/04/2023	03/04/2023
000023	22783	02G	E307V02	182	-	06/04/2023	26/03/2023
000023	22782	02G	E308V02	182	-	07/04/2023	31/03/2023
000023	22783	02U	E307V02	181	0215 - Utilisé par le contrôle de qualité	07/04/2023	31/03/2023
000023	22747	02U	E307V02	182	0215 - Utilisé par le contrôle de qualité	07/04/2023	31/03/2023
000023	22782	02G	E307V02	182	0215 - Utilisé par le contrôle de qualité	07/04/2023	31/03/2023
000023	22782	02G	E308V02	182	-	07/04/2023	31/03/2023
000023	22440	02S	E031V02	322	-	06/04/2023	23/02/2023
000023	22428	02U	E031V02	301	-	06/04/2023	23/02/2023
000023	22427	02S	E031V02	329	0219 - Segments manquants	06/04/2023	23/02/2023
000023	22428	02U	E031V02	331	-	06/04/2023	23/02/2023

(*) Rappel Héma-Québec à Montréal 14/04/2023 à 07:53 (X) Retour esbois_e[13]

Page 1 de 2

Mise en boîte

Héma-Québec à Montréal
4045, boul. Côte-Vertu
SAINT-LAURENT, QC H4R 2W7
(514) 852-0000

Du PREMIER Au DERNIER

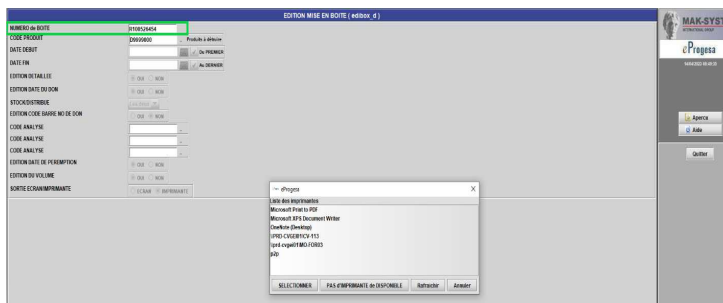
No Boîte	Unité	No Don	Produit	Poids	Etat	Date de préparation	Date de préemballage
000023	82936	02S	E309V02	182	-	09/04/2023	02/04/2023
000023	82242	02F	E307V02	187	-	06/04/2023	02/04/2023
000023	82942	02U	E309V02	182	-	10/04/2023	04/04/2023

MBC 14-04-2023

(*) Rappel Héma-Québec à Montréal 14/04/2023 à 07:53 (X) Retour esbois_e[13]

Page 2 de 2

La liste d'édition correspond bien au numéro de la boîte de rejet :






8. BIBLIOGRAPHIE

➤ S/O

9. LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Généralités	Nouvelle section. Inclure des instructions générales applicables à tous les services qui utilisent la procédure.	La boîte de déchets biomédicaux ne doit pas être supprimée. Cette précision doit être documentée dans la procédure en attendant que l'accès de suppression de la boîte de rejet soit restreint dans eProgesa. Il est également nécessaire d'indiquer que si un message d'erreur bloque la mise en boîte, le gestionnaire doit être avisé.	CAPA-22-0007
6.2.2 2 ^e puce	Ajout d'apposer l'indicateur numéroté IND-00559 et IND-00560.	L'indicateur numéroté est maintenant un matériel relâché par AQ système. Les 2 indicateurs Mtl ou QC sont maintenant des documents contrôlés.	NC-22-003110
6.2.2 3 ^e puce	Ajouter : « Créer la poubelle de déchets biomédicaux » «À l'aide d'un lecteur optique lire les produits ».	Révision de étapes de mise en boîte des produits sanguin labiles.	Révision de la procédure
6.2.3	Ajouter une note pour préciser que si un produit doit être retiré de la boîte, le MAN-00110 doit être consulté (section option - modification)	L'ajout de la note fait référence au document et la section qui doit être consultée si un produit doit être retiré de la boîte.	CAPA-22-0007
6.2.4	Nouvelle section.	Création d'une nouvelle section spécifique pour le service de l'expédition en réponse au plan d'action du CAPA.	CAPA-22-0013
6.4	Ajouter « Pour chaque contenant ayant l'IND-00130 Étiquette « R ». »	Clarification des instructions pour les	CAPA-22-0007 AEX-2828-EXP



	<p>Ajouter «Imprimer le bon de distribution ePROGESA lorsque tous les contenants sont saisis.»</p> <p>Ajouter «Se connecter dans l'application DEBI.»</p> <p>Ajouter «Sauvegarder le l'ENR-01043 Gestion des déchets biomédicaux sur le réseau \\hq\hq\$\Collaborations\Partages\Biorisque AAAA" (en fonction de l'année) »</p> <p>Ajouter «Imprimer l'ENR-01043. Le chauffeur et le service responsable doivent effectuer la vérification de ce formulaire et le signer. »</p> <p>Modifier «Faire la conciliation entre le nombre de contenants indiqué dans le bon de distribution ePROGESA, l'ENR-01043 et le nombre compté par le chauffeur.nombre indiqué sur le bordereau du chauffeur.»</p> <p>Ajouter «Remettre le bon de distribution ePROGESA, l'ENR-01043 et le bordereau du chauffeur complétés au gestionnaire.»</p> <p>Modifier «Inscrire la lettre "R" en majuscule dans le champ " "et saisir, à l'aide du lecteur optique dans ePROGESA, l'indicateur numéroté de chaque contenant. »</p>	<p>cueillettes des déchets biomédicaux</p>	
<p>6.5</p>	<p>Ajouter «Le menu Edition des périmés labiles d'ePROGESA peut être accéder également en utilisant la fonction "Ctrl-X".»</p> <p>Ajouter une colonne "notes" dans le tableau d'exemple des champs à compléter le système eProgesa et changement des dates en exemple</p> <p>Ajouter des captures d'écran pour le système eProgesa</p> <p>Ajouter «Imprimer et paraphe le rapport.»</p> <p>Ajouter un exemple de rapport non conforme</p>	<p>Clarification des instructions pour l'émission du rapport de conciliation mensuel</p>	<p>CAPA-22-0007 AEX-2828-EXP AEX-2835-EXP</p>
<p>6.6</p>	<p>Modification des instructions concernant l'émission du rapport annuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport demandé au fournisseur de service en fonction de l'année calendrier, au lieu de l'année fiscale. 	<p>Clarification des instructions pour l'émission d'un rapport annuel</p>	<p>CAPA-22-0007 AEX-2828-EXP</p>



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

PFN-00129[14]

Page 17 de 17

	<ul style="list-style-type: none">- Préciser que le rapport doit être complété au plus tard le 1^{er} avril de chaque année- Préciser que le rapport doit être conservé au moins 3 ans		
Annexe	Nouvel annexe 7.2 : Ajouter exemple d'une liste d'édition de mise en boîte	Pour montrer la concordance entre la boîte physique, l'information dans eProgesa et le rapport d'édition de mise en boîte	CAPA-22-0007
Référence : OC-08182			

EN VIGUEUR

Numéro du document	PFN-00988 [3]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	08-07-2024
Service responsable	Cellules souches périphériques
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
SPE-01233	Schéma du paramétrage EdgeCell pour les cellules souches périphériques
ENR-00228	Requête - Demande de réinfusion
IND-00562	Adresse destinataire CSP
IND-00061	Biorisque
IND-00009	Biorisque
ENR-00230	Conditionnement et suivi du cryotransporteur
IND-00093	Cryotransporteur conditionné
PFN-00032	Croissance de colonies par épreuve de MethoCult
ENR-00113	Déclaration d'événement grave
IND-00568	Encart informatif - Cellules progénitrices hématopoïétiques destinées à la transplantation
PFN-00068	Cryopréservation des cellules souches périphériques
PFN-00069	Utilisation et entretien des cryotransporteurs
IND-00585	Codes d'établissements EdgeCell
PFN-00987	Gestion des requêtes de cryopréservation des cellules souches périphériques
SPE-01366	Révision des dossiers de cellules souches périphériques
PFN-00033	Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction
MAN-00474	MSBC - Manuel de sécurité biologique et chimique, Module 12 : Transport de matières dangereuses
SPE-00025	Codes des examens EdgeCell - Laboratoire de cellules souches
SPE-01128	Corrections acceptables dans EdgeCell
SPE-01344	Utilisation d'EdgeCell

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Catherine Latour	13-06-2024
Laboratoire banque sang de cordon	Diane Fournier	13-06-2024
Assurance qualité	Annie Jacques	13-06-2024



Table des matières

1. But	2
2. Portée	2
3. Responsabilités.....	2
4. Matériel / équipement(s) requis.....	2
5. Identificateurs	2
6. Procédé	3
6.1. Généralités	3
6.2. Gestion des résultats positifs (produits biorisques)	3
6.2.1. Notification du transplanteur (Gestionnaire)	4
6.3. Mise en inventaire	5
6.3.1. Révision du dossier (Gestionnaire ou Directeur médical)	5
6.3.2. Transfert en inventaire (Gestionnaire ou Laboratoire)	5
6.4. Émission du rapport (Gestionnaire ou Laboratoire).....	5
6.5. Réception d'une requête de réinfusion.....	6
6.6. Préparation de la réinfusion	8
6.7. Suivi de la réinfusion.....	10
6.8. Retour de produits	11
6.9. Destruction de produits.....	12
6.9.1. Suivis au transplanteur (Gestionnaire).....	12
6.9.2. Destruction (Laboratoire)	12
7. Annexe(s)	14
7.1. Annexe 1 : Organigramme mise en inventaire et réinfusion	14
8. Bibliographie	15
9. Liste des modifications.....	15

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de l'AQ.

Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, conservée en mémoire ou transmise, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, photocopie, enregistrement, procédés électroniques et mécaniques ou autres, sans la permission écrite préalable d'Héma-Québec.



1. BUT

Décrire les procédures pour la mise en inventaire, la distribution et la destruction des cellules souches périphériques

2. PORTÉE

Toutes les cellules souches périphériques (CSP) prélevées par aphérèse à l'externe et traitées au laboratoire de cellules souches en vue d'une distribution des produits au centre hospitalier (CH) pour greffe autologue

3. RESPONSABILITÉS

Laboratoire des cellules souches

4. MATÉRIEL / ÉQUIPEMENT(S) REQUIS

- Acquisiteurs de température (Libero)
- Azote liquide
- Cassettes
- Compresse
- Cryotransporteur

5. IDENTIFICATEURS

S/O

EN VIGILANCE



6. PROCÉDÉ

6.1. GÉNÉRALITÉS

- Documenter la mise en inventaire et la disposition finale des produits dans EdgeCell.
 - Se référer à la SPE-01344 *Utilisation d'EdgeCell*.
 - Documenter toute autre information pertinente en saisissant un **Commentaire** dans la **Fiche prélèvement**.
 - Pour toute correction, se référer à la SPE-01128 *Corrections acceptables dans EdgeCell*.
 - Pour le détail du paramétrage, se référer à la SPE-01233 *Schéma du paramétrage EdgeCell pour les cellules souches périphériques*.
- Pour la séquence des actions de la mise en inventaire à la réinfusion, se référer à l'Annexe 1.
- Tous les échantillons de cellules souches périphériques doivent être considérés comme potentiellement infectieux et manipulés comme tels.

6.2. GESTION DES RÉSULTATS POSITIFS (PRODUITS BIORISQUES)

- À la détection d'un résultat de stérilité positif selon la PFN-00033 *Gestion des résultats d'analyses, mise en inventaire et destruction*, ou d'un résultat de virologie positif suite à la congélation selon la PFN-00987 *Gestion des requêtes de cryopréservation des cellules souches périphériques* :
 - Déplacer le don dans la cuve biorisque.
 - Au besoin, conditionner un cryotransporteur selon la PFN-00069 *Utilisation et entretien des cryotransporteurs*.

Note : Un cryotransporteur devra être utilisé si le déplacement entre les deux cuves requiert plus de 20 secondes.

 - Retirer les produits de la structure de biothèque **CSP**.
 - Imprimer les mouvements ou indiquer que les emplacements ont été libérés sur l'imprimé conservé au dossier.
 - Placer les produits dans la structure de biothèque **Biorisque**.
 - Imprimer les emplacements.
 - Compléter l'IND-00061 *Biorisque*, l'apposer sur une étiquette volante et l'attacher à la ou les poches de congélation.
 - Transférer physiquement la ou les poches et le cryotube dans la cuve biorisque.



- Au besoin, utiliser un cryotransporteur conditionné.
- Ajouter un **Commentaire prélèvement** indiquant :
 - Le délai d'exposition du produit en-dehors de la vapeur d'azote.
 - L'ajout de l'étiquette biorisque (IND-00061).
- Parapher et dater sur l'imprimé des emplacements.
- Faire vérifier, parapher et dater par un second technicien.
- Compléter l'IND-00009 *Biorisque* et l'apposer sur le dossier.
- Pour un résultat de virologie positif :
 - Si les produits sont en quarantaine, jeter le cryotube ou le Petri du MethoCult, selon le cas.
 - Remettre le dossier à un gestionnaire pour la mise en inventaire et l'émission du rapport.
 - Si les produits sont en inventaire, procéder aux corrections prévues.

6.2.1. NOTIFICATION DU TRANSPLANTEUR (GESTIONNAIRE)

- À la détection d'un résultat de stérilité positif, aviser le Directeur médical et contacter le directeur du programme au CH.
 - Ajouter un **Commentaire avis transplantateur**, par exemple : « Dr [directeur du programme] avisé le [jj/mm/aaaa] du résultat de stérilité positif pour le prélèvement [x], identification bactérienne à venir ».
- À la réception du résultat d'identification :
 - Ajouter l'information au **Commentaire avis transplantateur**.
 - Émettre le *Rapport d'analyses – Cellules souches hématopoïétiques autologues* selon la section 6.4.
 - Acheminer le rapport et le résultat au transplantateur et au Directeur médical.
- À la réception de l'antibiogramme :
 - Émettre le *Rapport d'analyses – Cellules souches hématopoïétiques autologues* selon la section 6.4.
 - Acheminer le rapport et l'antibiogramme au transplantateur et au Directeur médical.

6.3. MISE EN INVENTAIRE

6.3.1. RÉVISION DU DOSSIER (GESTIONNAIRE OU DIRECTEUR MÉDICAL)

- Procéder selon la SPE-01366 *Révision des dossiers de cellules souches périphériques* dans les cas suivants :
 - À la demande d'un technicien (produit demandé pour réinfusion);
 - À la réception du dossier suite à :
 - La saisie du résultat selon la PFN-00032 *Croissance de colonies par épreuve de MethoCult* (sauf si déjà effectué);
 - la congélation du dernier CSP biorisque selon la PFN-00068 *Cryopréservation des cellules souches périphériques*;
 - la détection d'un résultat de virologie positif post-congélation selon la section 6.2 (sauf si déjà effectué);
- Pour un produit biorisque, supprimer les examens associés au MethoCult (005160 à 005166 et 005170 à 005174).
- Procéder au transfert en inventaire selon la section 6.3.2.

6.3.2. TRANSFERT EN INVENTAIRE (GESTIONNAIRE OU LABORATOIRE)

- Pour chacun des produits concernés, appliquer la méthode appropriée :
 - **CSP-Transfert inventaire**;
 - **CSP-Transfert biorisque** (résultat positif pour la stérilité ou un marqueur virologique).

Attention : Pour un résultat de stérilité positif, seuls les produits du prélèvement associé doivent être transférés en inventaire biorisque.
- **Gestionnaire :** Suite à la mise en inventaire de tous les prélèvements d'un patient, émettre un rapport selon la section 6.4.

6.4. ÉMISSION DU RAPPORT (GESTIONNAIRE OU LABORATOIRE)

- À la demande d'un rapport préliminaire, procéder à la révision selon la SPE-01366 sans effectuer les étapes suivantes (accès informatiques exclusifs aux gestionnaires) :
 - Vérification de l'historique du poids;
 - Saisie du résultat de l'examen 005051 **CSP-Révision dossier**.

Note : Il est acceptable que le résultat de l'examen 002709 **Stérilité post-traitement** soit en attente. En cas de doute, consulter un gestionnaire.

- Si le prénom et/ou nom a été tronqué dans la **Fiche individu** selon la PFN-00068, le corriger en se référant au **Commentaire avis transplantateur** ajouté à cet effet.
- Générer et compléter le courrier **RAPCSP – CSP Rapport**.
 - S'assurer que tous les champs sont remplis et différents de 0, incluant le poids, ou que l'absence de résultat est justifiée (analyse en cours ou produit biorisque).
 - Si un résultat « 0 » est présent, s'assurer qu'il est justifié avec un **Avis au transplantateur**.
 - Si un **Avis au transplantateur** est présent, apporter les ajustements requis si applicable (par exemple : un résultat supérieur au maximum paramétré).
 - À la section **Commentaire**, indiquer la raison de l'émission du rapport, par exemple :
 - Rapport préliminaire à la demande du transplantateur.
 - Consulter le document joint (identification bactérienne ou antibiogramme).
 - Rapport avec résultats finaux.
 - Rapport de distribution.
 - Rapport post-distribution.
 - Supprimer les lignes superflues dans le **Tableau**.
 - Signer et dater le rapport.
- Télécopier le rapport au CH et conserver la preuve d'envoi au dossier.

6.5. RÉCEPTION D'UNE REQUÊTE DE RÉINFUSION

- À la réception du ENR-00228 *Requête – Demande de réinfusion* accompagné d'une copie du *Rapport d'analyses – Cellules souches hématopoïétiques autologues*, consulter les produits requis.
 - S'assurer que les produits sont en inventaire ou inventaire biorisque en consultant la liste des produits.
 - Si non, aviser un gestionnaire pour qu'il procède à la mise en inventaire selon la section 6.3.

Note : Ne pas tenir compte de la date de péremption paramétrée dans EdgeCell.

- Détruire les étiquettes restantes s'il y a lieu.
- Vérifier l'intégrité des produits.



- Imprimer les emplacements en accédant à la structure de bibliothèque appropriée (**CSP** ou **Biorisque**).
- Démarrer le remplissage manuel de la cuve d'azote.
- Effectuer une inspection visuelle des produits en les maintenant dans la phase vapeur de l'azote dans la mesure du possible.
- Si l'intégrité est compromise (présence de bris ou possibilité de fuite) :
 - Prendre une photo et l'enregistrer dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu**, en précisant le code de produit si le prélèvement a été congelé dans plusieurs poches.
 - Aviser un responsable pour que le transplanteur soit contacté, pour déterminer si le choix du ou des produits est maintenu.
 - Si le produit doit être détruit, appliquer la méthode **Destruction**.
 - Procéder à l'**Étiquetage** de la poche en sélectionnant **Produit à détruire**.
 - Détruire les étiquettes imprimées restantes.
 - Jeter le produit.
 - Si le choix est maintenu, imprimer la photo en vue de l'envoi.
 - Si le choix n'est pas maintenu, mais que le produit est conservé, saisir un **Commentaire avis transplanteur** en précisant le numéro de prélèvement et le code de produit, si le prélèvement a été congelé dans plusieurs poches.
- Si l'intégrité est conforme, l'indiquer sur l'imprimé des emplacements, puis parapher et dater.
- Si le produit est entreposé dans une boîte de carton, le transférer dans une cassette métallique pré-refroidie.
- S'il n'y a pas de compresse, en couper une à la largeur de la cassette et la replier de chaque côté à la base de la poche.
- Parapher et dater le ENR-00228.
 - Confirmer la réception de la demande de réinfection en télécopiant celle-ci au CH demandeur.
 - Conserver le rapport de télécopie.
- Indiquer la date d'envoi au calendrier (doit précéder la date de réinfection demandée).
- Si la demande de réinfection comporte des produits biorisques :



- Aviser un responsable pour l'organisation d'un service de transport spécialisé (ex : World Courier).

Note : Ce transporteur pourrait également être utilisé pour les CSP non biorisques au besoin.

- Faire signer l'*Autorisation de distribution exceptionnelle*.
 - Générer et compléter le courrier **AVIBIO – CSP-Auto distri exceptionnelle**.
 - Acheminer au transplanteur.
 - Au retour de l'*Autorisation de distribution exceptionnelle* signée par le transplanteur, faire signer par le Directeur médical ou son désigné.

6.6. PRÉPARATION DE LA RÉINFUSION

- Préparer un cryotransporteur et l'acquisiteur de température (Libero) associé selon la PFN-00069.
- Retirer les produits de la biothèque (structure **CSP** ou **Biorisque**).
 - Imprimer les mouvements.
- Démarrer le remplissage manuel de la cuve d'azote.
- Vérifier l'intégrité des produits (inspection visuelle) en les maintenant dans la phase vapeur de l'azote dans la mesure du possible.
 - Si l'intégrité est compromise (présence de bris ou possibilité de fuite) :

Note : Si des actions ont déjà été prises à la réception de la requête, ne pas les répéter.

- Prendre une photo, l'enregistrer dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu** en précisant le code de produit si le prélèvement a été congelé dans plusieurs poches, et l'imprimer.
- Aviser un responsable pour que le transplanteur soit contacté, pour déterminer si la distribution peut être poursuivie ou non.
 - Si le produit doit être détruit, appliquer la méthode **Destruction**.
 - Procéder à l'**Étiquetage** de la poche en sélectionnant **Produit à détruire**.
 - Détruire les étiquettes imprimées restantes.
 - Jeter le produit et poursuivre la distribution des autres produits, s'il y a lieu.
 - Si le produit peut être distribué, inscrire une note de mise en garde sur la photo et la joindre à l'envoi.



- Si le produit n'est ni distribué ni détruit, saisir un **Commentaire avis transplantateur** en précisant le numéro de prélèvement et le code de produit, si le prélèvement a été congelé dans plusieurs poches.
- S'assurer de la présence de l'étiquette volante IND-00061 sur chaque produit biorisque, s'il y a lieu.
- Faire vérifier l'intégrité et l'identification des produits par un second technicien.
 - Parapher et dater sur l'imprimé des emplacements (les deux techniciens).
- Transférer les produits dans le cryotransporteur.
- Sceller le couvercle du cryotransporteur avec un sceau d'inviolabilité et l'IND-00093 *Cryotransporteur conditionné* complété selon la PFN-00069.
- Pour chacun des produits à distribuer, appliquer la méthode **CSP-Distribution**.
 - Pour le matériovigilance **Inspection visuelle**, saisir selon le cas :
 - Conforme;
 - Commentaire.
- Créer le bordereau de **Distribution** en complétant les informations :
 - **N° : +;**
 - **Établissement** : sélectionner le CH;
 - **Service : Banque de sang;**
 - **Receveur** : saisir le numéro d'individu du patient;
 - **Produit** : sélectionner le code de produit requis.
 - **Dépôt** : sélectionner **Distribution**.
 - **Numéro de Poche** : saisir le numéro de prélèvement.
 - **Ajouter** le produit et poursuivre avec les autres produits requis s'il y a lieu.
 - Cliquer sur **Délivrer** et ajouter les informations suivantes à l'aide du **Glossaire** :
 - le transporteur;
 - le numéro de cryotransporteur.
 - Saisir l'identification du patient : Prénom, nom et date de naissance.
 - Imprimer le bordereau.



- Pour chacun des produits, inscrire la date de péremption selon l'information de la **Fiche produit**.
- Documenter le numéro du bordereau de distribution sur le ENR-00230 *Conditionnement et suivi des cryotransporteurs*.
- Générer un *Rapport d'analyses – Cellules souches hématopoïétiques autologues* selon la section 6.4.
- Identifier une pochette d'envoi sécuritaire avec un IND-00562 et y insérer les documents suivants :
 - Le bordereau;
 - Le rapport généré;
 - Une copie du rapport accompagnant le ENR-00228;
 - Une copie de l'*Autorisation de distribution exceptionnelle* si l'envoi contient un ou plusieurs produits biorisques.
- S'assurer de conserver une copie de tous les documents envoyés au dossier du produit.
- Sceller la pochette d'envoi et l'attacher à la poignée du cryotransporteur.
- Activer le Libero en appuyant sur **START**.

Note : Environ 15 minutes doivent s'être écoulées depuis la fermeture du couvercle pour permettre la stabilisation de la lecture avant le début de l'enregistrement.

- Vérifier que la température apparaît à l'écran et que « Run » clignote.
- Fermer le caisson protecteur avec des sceaux d'inviolabilité, puis acheminer au service de l'Expédition.

6.7. SUIVI DE LA RÉINFUSION

- Au retour du bordereau de distribution, s'assurer qu'il est complété et joindre au dossier.
- À la réception du ENR-00113 *Déclaration d'événement grave* ou équivalent, aviser un responsable pour qu'une non-conformité soit déclarée.
- Au retour du cryotransporteur, insérer le Libero dans le port USB de l'ordinateur.
 - Cliquer sur l'icône de la clé USB, puis sur **Ouvrir Périphériques et imprimantes**.
 - Sélectionner le périphérique LIBERO.
 - Cliquer sur **Parcourir les fichiers**, puis sur le LIBERO.



- Vérifier que la température est demeurée inférieure à -135°C , et ce, jusqu'à la réception par le centre hospitalier.
 - Si ce n'est pas le cas, aviser un responsable pour qu'une non-conformité soit déclarée.
- Enregistrer le fichier PDF dans le répertoire « Cellules Souches\Distribution CSP ».
 - Identifier le fichier selon le numéro d'individu, la date d'envoi et le destinataire.
- Retirer le Libero.
- Enregistrer le fichier dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu**.
- Remettre le dossier à un gestionnaire pour l'émission du rapport selon la section 6.4.

6.8. RETOUR DE PRODUITS

- Au retour de produits non réinfusés :
 - Vérifier la présence du sceau d'inviolabilité.
 - Télécharger la courbe de température et l'enregistrer dans la **Fiche individu** selon la section 6.7.
 - S'assurer que la température est demeurée inférieure à -135°C , à l'exception des ouvertures du cryotransporteur au centre hospitalier.
 - Vérifier l'intégrité des produits.
 - Le temps d'exposition en-dehors de la vapeur d'azote ne doit pas dépasser 20 secondes.
- Documenter les vérifications en **Commentaire** dans la **Fiche prélèvement** (p. ex. : « Poche A retournée; sceau, température et intégrité conformes »).
- Remettre le produit en inventaire dans EdgeCell.
- Placer les produits dans la structure de biothèque appropriée (**CSP** ou **Biorisque**).
 - Imprimer les emplacements.
- Si un des éléments de vérification n'est pas conforme, aviser un responsable pour qu'une non-conformité soit déclarée et bloquer le produit.
- Transférer les produits dans la phase vapeur d'une cuve d'azote.
 - Si possible, faire vérifier l'emplacement par un second technicien au moment du transfert.



- Le temps d'exposition du produit en-dehors de la vapeur d'azote ne doit pas dépasser 20 secondes.
- Parapher et dater l'imprimé des emplacements (2 techniciens).

6.9. DESTRUCTION DE PRODUITS

6.9.1. SUIVIS AU TRANSPLANTEUR (GESTIONNAIRE)

- Générer périodiquement la liste des produits conservés au Laboratoire de cellules souches :
 - À partir du rapport silam.LAME052 *CSP prélevés*.
 - Filtrer les prélèvements dont des produits sont disponibles à Héma-Québec.
 - Filtrer les prélèvements ayant 54 mois et plus (5 ans moins 6 mois).
 - À partir du menu EdgeCell **Consultation du stock labiles** pour les produits congelés avant l'implantation d'EdgeCell.
- Pour chaque patient, générer le courrier **MENAGE – Rapport MENAGE** et le faire parvenir au transplantateur.

6.9.2. DESTRUCTION (LABORATOIRE)

- À la réception du courrier *Disposition des cellules souches cryopréservées* complété par le transplantateur, l'enregistrer dans l'onglet **Documents liés** de la **Fiche individu**.
 - Si le transplantateur demande de conserver les produits, aviser un gestionnaire.
 - S'il autorise la destruction des produits, poursuivre les étapes.
- Détruire les étiquettes restantes s'il y a lieu.
- Imprimer la *Liste des produits* à détruire.
- Vérifier si des cryotubes doivent être conservés.

Note : Si le patient n'est pas décédé et que des produits ont été réinfusés, le cryotube correspondant doit être conservé jusqu'à 10 ans post-réinfusion.

- Retirer les produits à détruire de la biothèque (structure **CSP** ou **Biorisque**).
 - Imprimer les mouvements ou indiquer que les emplacements ont été libérés sur l'imprimé conservé dans le dossier.
- Récupérer physiquement tous les produits à détruire et les faire vérifier par un second technicien avant de les sortir de la cuve.
 - Parapher et dater sur la *Liste des produits* (les deux techniciens).



- Pour chacun des produits à détruire (poches et cryotubes), appliquer la méthode **Destruction**.
- Procéder à l'**Étiquetage** des poches en sélectionnant **Produit à détruire**.
 - Détruire les étiquettes imprimées restantes.
- Jeter les produits.
- S'assurer que tous les produits jetés sont détruits informatiquement en consultant la liste des produits.
- Conserver le dossier complété au laboratoire.

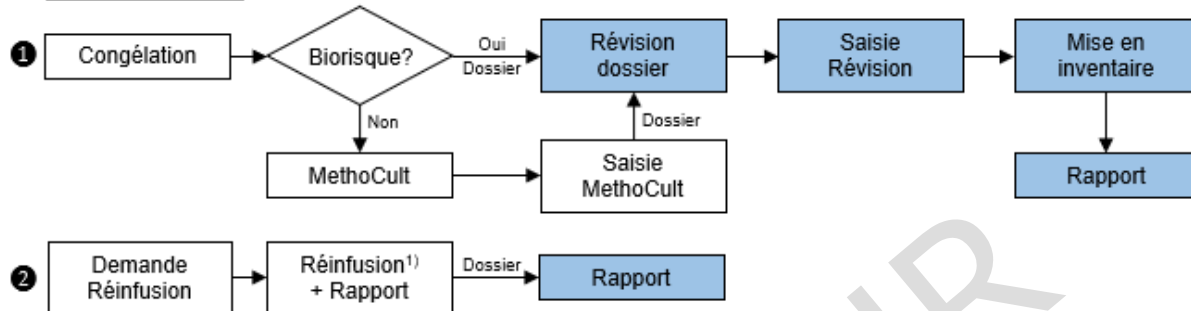
EN VIGUEUR

7. ANNEXE(S)

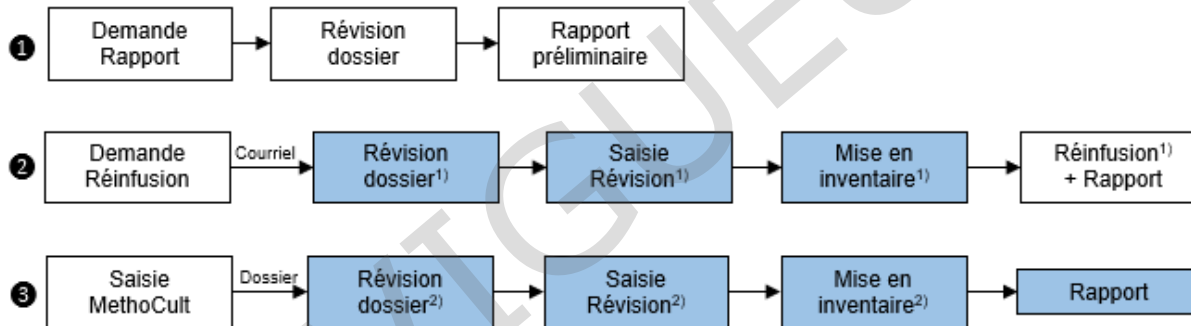
7.1. ANNEXE 1 : ORGANIGRAMME MISE EN INVENTAIRE ET RÉINFUSION

Légende : Effectué par gestionnaire

1-Processus normal



2-Demande réinfusion avant saisie MethoCult



- 1) Produits demandés
2) Produits restants



8. BIBLIOGRAPHIE

S/O

9. LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
6.3.1 1 ^{re} flèche 6.4 1 ^{re} flèche 7.1	Remplacement du responsable de la révision du dossier pour une demande de rapport préliminaire (techniciens plutôt que gestionnaires, sans saisir le résultat dans EdgeCell)	Amélioration de la fluidité du processus, en maintenant une révision avant l'émission de tout rapport ainsi que la responsabilité du gestionnaire pour la révision précédant la mise en inventaire	S/O
6.5 1 ^{re} flèche 7.1	Retrait de vérifier si l'examen 005051 CSP-Révision dossier est renseigné si un produit demandé pour réinjection n'est pas en inventaire	Ajustement; l'examen ne sera pas renseigné puisque la révision aura été effectuée par un technicien	S/O
6.7 3 ^e flèche	Ajout d'aviser un responsable pour qu'une non-conformité soit déclarée si la température du cryotransporteur n'est pas demeurée conforme jusqu'à la réception par le CH	Information manquante pour refléter l'action qui serait prise (aucune occurrence)	AUD-I00418 AEX-3027-EXP

Référence : OC-09111



Quelques CRITÈRES DE SÉLECTION

À lire avant de vous inscrire



CRITÈRES	PUIS-JE DONNER DU SANG?
ACCOUCHEMENT ALLAITEMENT GROSSESSE	<ul style="list-style-type: none">✓ Si votre accouchement date de plus de 6 mois.✓ Si vous allaitez, à condition que votre accouchement date de plus de 6 mois.✗ Si vous êtes enceinte.
ACUPUNCTURE	✓ S'il s'agit d'aiguilles à usage unique. SINON , vous devez attendre 3 mois.
ÂGE	✓ Si vous avez 18 ans et plus.
ALLERGIES	✓ Si vous vous sentez bien, et ce, même si vous avez reçu une injection de désensibilisation.
CANCER	<ul style="list-style-type: none">✓ S'il s'agit d'un cancer de la peau baso ou spino-cellulaire ou d'un cancer du col de l'utérus in situ, en autant qu'il ait été traité avec succès.✗ S'il s'agit de tout autre type de cancer : consultez le personnel d'Héma-Québec.
CHOLESTÉROL	✓ Aucune restriction.
DENTISTE	<ul style="list-style-type: none">✓ Si blanchiment ou prise d'empreintes.✓ Le lendemain d'une obturation (plombage, restauration), d'un nettoyage ou d'un traitement d'orthodontie.✓ 3 jours après une extraction, une chirurgie, un traitement de canal, une couronne, un curetage, une autogreffe de gencive ou un implant.
DIABÈTE	✓ Vous pouvez donner si résolu ou contrôlé par la diète ou par la prise d'un médicament par la bouche. SI INJECTION D'INSULINE : consultez le personnel d'Héma-Québec.
DROGUES	✗ Si injection intraveineuse, même une seule fois.
ÉLECTROLYSE	✓ S'il s'agit d'aiguilles personnelles ou à usage unique. SINON , vous devez attendre 3 mois.
COMPOTEMENTS SEXUELS À RISQUE	✗ Si vous avez eu des relations sexuelles anales avec un nouveau ou une nouvelle partenaire ou avec plusieurs partenaires au cours des trois derniers mois.
MAL DE GORGE	✗ Tant que les symptômes persistent et, si vous prenez des antibiotiques, tant qu'ils ne sont pas terminés.
MÉDICAMENTS	➔ Assurez-vous d'avoir le nom de vos médicaments.
PERÇAGE/TATOUAGE	✓ Si depuis plus de 3 mois.
PIQÛRE DE TIQUE	✗ Si la piqûre de tique a eu lieu il y a moins de 30 jours.
POIDS	<ul style="list-style-type: none">✓ Don de sang total :<ul style="list-style-type: none">• Pour les HOMMES, vous pouvez donner si vous pesez au moins 50 kg (110 lb).• Pour les FEMMES, si vous avez 23 ans et plus, vous pouvez donner si vous pesez au moins 50 kg (110 lb). Si vous avez entre 18 et 22 ans, consultez le personnel d'Héma-Québec pour savoir si vous pouvez donner.
RHUME	✓ Si vous vous sentez bien et ne faites pas de fièvre.
VACCINS	✓ Si vous avez reçu un vaccin contre la grippe ou la COVID-19. AUTRES VACCINS : consultez le personnel d'Héma-Québec.





AVEZ-VOUS VOYAGÉ?

À lire avant de vous inscrire



PAYS VISITÉS

PUIS-JE DONNER DU SANG?

RISQUE POUR ZIKA ET AUTRES ARBOVIRUS

✗ Si, au cours des 21 derniers jours, vous êtes revenu d'un voyage ailleurs qu'au **CANADA**, aux **ÉTATS-UNIS** continentaux ou en **EUROPE**, vous ne pouvez pas donner de sang pendant trois semaines (21 jours) à partir de votre date de retour.

RISQUE DE MALARIA*

BAHAMAS

✓ Pays non à risque de malaria.

COSTA RICA

✗ Si vous êtes allé dans les provinces d'Alajuela ou de Limón : interdiction temporaire**.

✓ Si vous êtes allé dans toute autre région du Costa Rica.

CUBA

✓ Pays non à risque de malaria.

GUATEMALA

✓ Si vous êtes allé dans les villes de Antigua, Guatemala et au Lac Atitlan.

✗ Si vous êtes allé dans toute autre région du Guatemala : interdiction temporaire**.

HAÏTI

✗ Interdiction temporaire**.

JAMAÏQUE

✓ Pays non à risque de malaria.

MEXIQUE

✗ Si vous êtes allé dans les provinces du Chiapas et Chihuahua : interdiction temporaire**.

✓ Si vous êtes allé dans toute autre région du Mexique.

NICARAGUA

✗ Dans les régions autonomes de la Côte caraïbe nord et de la Côte caraïbe sud : interdiction temporaire**.

✓ Si vous êtes allé dans toute autre région du Nicaragua.

RÉPUBLIQUE
DOMINICAINE

✗ Si vous êtes allé dans les provinces de Santo Domingo, San Cristobal, San Juan ou La Altagracia (incluant Punta Cana), ou dans toute autre province se situant le long de la frontière avec Haïti (Dajabón, Elías Piña, Independancia, Monte Cristi, Pedernales) : interdiction temporaire**.

✓ Si vous êtes allé dans toute autre région de la République dominicaine.

VENEZUELA

✗ Interdiction temporaire**.

* Le critère de malaria ne s'applique pas aux dons de plasma par aphérèse destiné à la fabrication de solutions à partir de protéines plasmatiques.

** **SÉJOUR DE MOINS DE 6 MOIS** : vous êtes admissible 3 mois après votre retour. **SÉJOUR DE 6 MOIS OU PLUS** : vous êtes admissible 3 ans après votre retour.

CRITÈRES	PUIS-JE DONNER DU PLASMA ?
ACCOUCHEMENT ALLAITEMENT GROSSESSE	<input checked="" type="checkbox"/> Si votre accouchement date de plus de 6 mois.
	<input checked="" type="checkbox"/> Si vous allaitez, à condition que votre accouchement date de plus de 6 mois.
	<input checked="" type="checkbox"/> Si vous êtes enceinte.
ACUPUNCTURE	<input checked="" type="checkbox"/> S'il s'agit d'aiguilles à usage unique. SINON , vous devez attendre 3 mois.
ÂGE	<input checked="" type="checkbox"/> Si vous avez 18 ans et plus.
ALLERGIES	<input checked="" type="checkbox"/> Si vous vous sentez bien, et ce, même si vous avez reçu une injection de désensibilisation.
CANCER	<input checked="" type="checkbox"/> S'il s'agit d'un cancer de la peau baso ou spino-cellulaire ou d'un cancer du col de l'utérus <i>in situ</i> , en autant qu'il ait été traité avec succès.
	<input checked="" type="checkbox"/> S'il s'agit de tout autre type de cancer : consultez le personnel d'Héma-Québec.
CHOLESTÉROL	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune restriction.
DENTISTE	<input checked="" type="checkbox"/> Si blanchiment ou prise d'empreintes.
	<input checked="" type="checkbox"/> Le lendemain d'une obturation (plombage, restauration), d'un nettoyage ou d'un traitement d'orthodontie.
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 jours après une extraction, une chirurgie, un traitement de canal, une couronne, un curetage, une autogreffe de gencive ou un implant.
DIABÈTE	<input checked="" type="checkbox"/> Vous pouvez donner si résolu ou contrôlé par la diète ou par la prise d'un médicament par la bouche. SI INJECTION D'INSULINE : consultez le personnel d'Héma-Québec.
DROGUES	<input checked="" type="checkbox"/> Si injection intraveineuse, même une seule fois.
ÉLECTROLYSE	<input checked="" type="checkbox"/> S'il s'agit d'aiguilles personnelles ou à usage unique. SINON , vous devez attendre 3 mois.
COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE	<input checked="" type="checkbox"/> Si vous avez eu des relations sexuelles anales avec un nouveau ou une nouvelle partenaire ou avec plusieurs partenaires au cours des trois derniers mois.
VOYAGES (MALARIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Le critère de malaria ne s'applique pas aux dons de plasma par aphérèse destiné à la fabrication de solutions à partir de protéines plasmatiques.
MAL DE GORGE	<input checked="" type="checkbox"/> Tant que les symptômes persistent et, si vous prenez des antibiotiques, tant qu'ils ne sont pas terminés.
MÉDICAMENTS	→ Assurez-vous d'avoir le nom de vos médicaments.
OSTÉOPOROSE	<input checked="" type="checkbox"/> Si vous faites de l'ostéoporose : consultez le personnel d'Héma-Québec.
PERÇAGE/TATOUAGE	<input checked="" type="checkbox"/> Si depuis plus de 3 mois.
RHUME	<input checked="" type="checkbox"/> Si vous vous sentez bien et ne faites pas de fièvre.
VACCINS	<input checked="" type="checkbox"/> Si vous avez reçu un vaccin contre la grippe ou la COVID-19. AUTRES VACCINS : consultez le personnel d'Héma-Québec.

POIDS MINIMAL SELON LA TAILLE

Vous ne pouvez pas donner si vous pesez moins de 50 kg (110 lb), peu importe votre taille. Référez-vous aux graphiques ci-dessous pour le poids minimal requis selon votre taille.

FEMMES			
UNITÉS MÉTRIQUES		UNITÉS IMPÉRIALES	
147 cm	67 kg	4 pi 9 po	150 lb
148 cm	66 kg	4 pi 10 po	146 lb
149 cm	65 kg	4 pi 11 po	142 lb
150 cm	64 kg	5 pi	138 lb
151 cm	64 kg	5 pi 1 po	133 lb
152 cm	63 kg	5 pi 2 po	129 lb
153 cm	62 kg	5 pi 3 po	124 lb
154 cm	61 kg	5 pi 4 po	120 lb
155 cm	61 kg	5 pi 5 po	115 lb
156 cm	60 kg	5 pi 6 po ou plus	110 lb
157 cm	59 kg	Non admissible au don si moins de 110 lb, peu importe la taille.	
158 cm	58 kg		
159 cm	57 kg		
160 cm	57 kg		
161 cm	56 kg		
162 cm	55 kg		
163 cm	54 kg		
164 cm	53 kg		
165 cm	52 kg		
166 cm	52 kg		
167 cm	51 kg		
168 cm et plus	50 kg		

Non admissible au don si moins de 50 kg, peu importe la taille.

HOMMES			
UNITÉS MÉTRIQUES		UNITÉS IMPÉRIALES	
147 cm	54 kg	4 pi 9 po	123 lb
148 cm	54 kg	4 pi 10 po	118 lb
149 cm	53 kg	4 pi 11 po	114 lb
150 cm	52 kg	5 pi ou plus	110 lb
151 cm	51 kg	Non admissible au don si moins de 110 lb, peu importe la taille.	
152 cm ou plus	50 kg		

Non admissible au don si moins de 50 kg, peu importe la taille.

EXEMPLE :

FEMMES

Unités métriques :

Si vous mesurez 168 cm ou plus, vous devez peser au moins 50 kg.

Unités impériales :

Si vous mesurez 5 pi 6 po ou plus, vous devez peser au moins 110 lb.

HOMMES

Unités métriques :

Si vous mesurez 152 cm ou plus, vous devez peser au moins 50 kg.

Unités impériales :

Si vous mesurez 5 pi ou plus, vous devez peser au moins 110 lb.

Numéro du document	SPE-00057 [25]
Numéro historique	CLI-SPE-504
Date en vigueur	10-11-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
PFN-00612	Service à la clientèle - Appel du Donneur
PFN-00611	Vérification de la qualification du donneur
PFN-00091	Réception d'information pour suivi donneur
PFN-00925	Gestion des critères de sélection des donneurs
MAN-00591	Critères de sélection - Sang de cordon
MAN-00300	Manuel de l'évaluation du donneur (MED) : critères d'admissibilité
MAN-00587	Donor Evaluation Manual (DEM) : Eligibility Criteria

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	08-10-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	08-10-2024
Direction médicale	Christian Renaud	08-10-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	08-10-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	09-10-2024

SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Pour copie papier seulement : *Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de CFA.*

CRITÈRE	APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE
Séjour ≥ 6 mois	Interdiction de 3 ans à partir de la date de retour du séjour.	806A + 806B
Séjour < 6 mois	Interdiction de 3 mois à partir de la date de retour du séjour.	806A

Code Couleur :

■	Rouge : MALARIA dans tout le pays
●	Vert : AUCUN RISQUE dans les zones listées
◆	Jaune : MALARIA dans les zones / périodes listées
C	Pays avec carte géographique
	Aucun risque dans tout le pays

« Liste géographique »	→	Lieu non listé = interdire
Vérifier le lieu indiqué par le donneur.		Le donneur doit s'informer
Lieu précédé du logo	→	Vérifier la page correspondante pour accepter ou interdire le donneur.
■ ou ● ou ◆ ou C		
Lieu indiqué n'est pas précédé d'un logo	→	Lieu non à risque, accepter le donneur et documenter le nom du pays seulement.
« Croisière »	→	Le donneur qui fait une croisière est accepté, quel que soit la destination et les escales s'il dort sur le bateau. (Le vecteur de transmission n'est pas actif de jour)
« Pilote d'avion et agent de bord »	→	Si demeure à l'intérieur de l'avion ou de l'aéroport – Ne constitue pas un motif d'interdiction. Modifier la réponse du donneur à NON.

SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Liste géographique – Français

	AÇORES		CHYPRE		HONG KONG
■	AFGHANISTAN	●	COLOMBIE		HONGRIE
●	AFRIQUE DU SUD	■	COMORES	■	INDE
	ALBANIE	■	CONGO	●	INDONÉSIE
	ALGÉRIE		CONGO (RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE)	■	IRAN
	ALLEMAGNE	■			IRAQ
	ANDORRE		COOK (Iles)		IRLANDE
	ANGLETERRE	■	CORÉE DU NORD		IRLANDE DU NORD
■	ANGOLA	●	CORÉE DU SUD		ISLANDE
	ANGUILLA	C	COSTA RICA		ISRAËL
	ANTIGUA ET BARBUDA	■	CÔTE-D'IVOIRE		ITALIE
●	ARABIE SAOUDITE		CROATIE		JAMAÏQUE
	ARGENTINE		CUBA		JAPON
	ARMÉNIE		CURAÇAO		JORDANIE
	ARUBA		DANEMARK		KAZAKHSTAN
	AUSTRALIE		DÉSIRADE (LA)	■	KENYA
	AUTRICHE	■	DJIBOUTI		KIRGHIZISTAN
●	AZERBAÏDJAN		DOMINIQUE		KIRIBATI
	BAHAMAS		ÉCOSSE		KOSOVO
	BAHREÏN		ÉGYPTE		KOWEÏT
●	BANGLADESH		ÉMIRATS ARABES UNIS	●	LAOS
	BARBADE	●	ÉQUATEUR		LESOTHO
	BELGIQUE	●	ÉRYTHRÉE		LETTONIE
	BELIZE		ESPAGNE		LIBAN
■	BÉNIN		ESTONIE	■	LIBERIA
	BERMUDES	■	ESWATINI (SWAZILAND)		LIECHTENSTEIN
	BHOUTAN	●	ÉTHIOPIE		LITUANIE
	BIÉLORUSSIE		FALKLAND (Îles Malouines)		LUXEMBOURG
■	BIRMANIE		FIDJI (Ile)		LYBIE
●	BOLIVIE		FINLANDE		MACAO
	BONAIRE		FRANCE		MACÉDOINE
	BORA-BORA	■	GABON	■	MADAGASCAR
	BOSNIE-HERZÉGOVINE		GALAPAGOS (Iles)		MADÈRE
●	BOTSWANA	■	GAMBIE	●	MALAISIE
C	BRÉSIL		GÉORGIE	■	MALAWI
	BRUNEI	■	GHANA		MALDIVES (Les)
	BULGARIE		GIBRALTAR	■	MALI
■	BURKINA FASO		GRÈCE		MALOUINES (Iles)/FALKLAND
■	BURUNDI		GRENADE		MALTE
	CAÏMAN (Iles)		GROENLAND		MARIANNES (Iles)
●	CAMBODGE		GUADELOUPE		MARIE-GALANTE
■	CAMEROUN	●	GUATEMALA		MAROC
	CANARIES (Iles)	■	GUINÉE		MARSHALL (Iles)
	CAP-VERT (Iles du)	■	GUINÉE-BISSAU		MARTINIQUE
■	CENTRAFRICAINE (RÉPUBLIQUE)	■	GUINÉE ÉQUATORIALE		MAURICE (Ile)
	CEYLAN	●	GUYANA	■	MAURITANIE
	CHILI	●	GUYANE (FRANCAISE)		MAYOTTE (Ile)
	CHINE	■	HAÏTI	C	MEXIQUE
	CHRISTMAS (Iles)		HOLLANDE		
		●	HONDURAS		

Liste géographique – Français

	MICRONÉSIE		POLYNÉSIE FRANÇAISE	■	SOUDAN
	MOLDAVIE		PORTO RICO		SRI LANKA
	MONA (Ile)		PORTUGAL		SUÈDE
	MONACO		QATAR		SUISSE
	MONGOLIE		RAIATÉA (ILE)	●	SURINAME
	MONSERRAT	■	RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE		SYRIE
	MONTÉNÉGRE	■	RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO		TADJIKISTAN
	MOORÉA				TAHITI
	MOUSTIQUE (Ile)	C	RÉPUBLIQUE DOMINICAINE		TAÏWAN
■	MOZAMBIQUE		RÉPUBLIQUE TCHÈQUE	■	TANZANIE
■	MYANMAR		RÉUNION (LA)	■	TCHAD
■	NAMIBIE		ROUMANIE		TCHÈQUE (RÉPUBLIQUE)
	NAURU		ROYAUME UNI	●	THAÏLANDE
●	NÉPAL		RUSSIE		TIBET
C	NICARAGUA	■	RWANDA		TIMOR LESTE
■	NIGER		SABA (ILE)	■	TOGO
■	NIGERIA		SAINT BARTHÉLÉMY		TONGA
	NORFOLK (ILE)		SAINT EUSTACHE		TORTOLA
	NORVÈGE		SAINT KITTS « CHRISTOPHE »		TRINITÉ ET TOBAGO
	NOUVELLE CALÉDONIE		ET NIÉVÈS		TUNISIE
■	NOUVELLES HÉBRIDES (voir VANUATOU)		SAINT MARIN		TURKMÉNISTAN
			SAINT MARTIN		TURQUES ET CAÏQUES (Îles « Turquoises »)
	NOUVELLE ZÉLANDE		SAINT PIERRE ET MIQUELON		TURQUIE
	OMAN		SAINT THOMAS		TUVALU (ILES)
■	OUGANDA		SAINT VINCENT ET LES GRENADINES		UKRAINE
■	OUZBÉKISTAN		SAINTE HÉLÈNE		URUGUAY
	PALAOS		SAINTE LUCIE	■	VANUATU
	PALESTINE		SAINTE (Iles des)		VATICAN
C	PANAMA	■	SALOMON (Iles)	■	VÉNÉZUELA
■	PAPOUASIE NOUVELLE GUINÉE		SALVADOR		VIERGES (ILES)
			SAMOA	●	VIETNAM
	PÂQUES (Ile de)	■	SAO TOMÉ ET PRINCIPE	●	YÉMEN
	PARAGUAY	■	SÉNÉGAL	■	ZAÏRE
	PAYS BAS		SERBIE	■	ZAMBIE
	PAYS DE GALLES		SEYCHELLES	■	ZIMBABWE
●	PÉROU	■	SIERRA LEONE		
●	PHILIPPINES		SINGAPOUR		
	PINE CAY (ILE)		SLOVAQUIE		
	PITCAIRN (ILES)		SLOVÉNIE		
	POLOGNE	■	SOMALIE		

Zones sans risque - Est allé dans une des zones listées

Pays	Zones sans risque
AFRIQUE DU SUD	dans les villes de Bisho, Bloemfontein, Cape Town, East London, Johannesburg, Kimberley, Port Elizabeth, Pretoria.
ARABIE SAOUDITE	dans les villes de Djeddah, La Mecque, Médine, Riyadh, Taïf.
AZERBAÏDJAN	dans la ville de Bakou.
BANGLADESH	dans la ville de Dhaka.
BOLIVIE	dans les villes de La Paz, Oruro, Potosi, Sucre ou au Lac Titicaca.
BOTSWANA	dans la ville de Gaborone.
CAMBODGE	dans les villes de Phnom Penh, Siem Reap et au site du temple Angkor Wat.
COLOMBIE	dans les villes de Bogota, Cartagene, Manizales, Medellin et San Juan de Pasto
CORÉE DU SUD	dans la ville de Séoul.
ÉQUATEUR	dans les villes de Guayaquil, Quito ou aux îles Galápagos.
ÉRYTHRÉE	dans la ville d'Asmara.
ÉTHIOPIE	dans la ville d'AddisAbeba.
GUATEMALA	dans les villes de Antigua, Guatemala et au lac Atitlan.
GUYANA	dans les villes d'Amsterdam et Georgetown
GUYANE FRANÇAISE	dans la ville de Cayenne.
HONDURAS	dans les villes de San Pedro Sula et Tegucigalpa.
INDONÉSIE	dans les villes de Jakarta et Ubud et les stations balnéaires de Java ou Bali.
LAOS	dans la ville de Vientiane.
MALAISIE	dans les villes de Georgetown, Kuala Lumpur et l'état de Penang State (incluant l'île de Penang)
NÉPAL	dans la ville de Katmandou et dans les sentiers de randonnées (« trekking ») typiques Himalayens.
PÉROU	dans la ville de Lima et les sites touristiques de Cuzco, Machu Picchu et le Lac Titicaca ainsi que dans les villes de Aréquipa, Ica, Moquegua, Nazca, Puno et Tacna.

SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Pays	Zones sans risque
PHILIPPINES	dans les villes de Cebu, Manille et Quezon.
SURINAME	dans la ville de Paramaribo.
THAÏLANDE	dans les villes de Bangkok, Chang Mai, Chang Rai, Koh Phangan, Koh Samui, Pattaya et Phuket et dans les îles de la province de Krabi (Koh Phi Phi, Koh Yao Noi, Koh Yao Yai et Koh Lanta)
VIETNAM	dans les villes suivantes : Da Nang, Haiphong, Hanoi, Ho Chi Minh (Saigon), Nha Trang et Qui Nhon et dans les Deltas du Mekong et de la Rivière Rouge.
YEMEN	dans la ville de Sanaa.

OUI	NON
1. Pays Zone MCSD 4. Ø Malaria	1. Pays 2. Durée du séjour 3. Date de retour 4. Malaria

EN VIGUEUR

SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Zones à risque - Est allé dans une des zones listées

Pays	Zones à risque
IRAN	dans la province de Sistan-et-Baloutchistan

OUI	NON
<ol style="list-style-type: none">1. Pays2. Durée du séjour3. Date de retour4. Malaria	<ol style="list-style-type: none">1. Pays Pas de visite dans Zone et/ou période visée au MCSD4. Ø Malaria

EN VIGUEUR

Malaria dans tout le pays – Aucune question au donneur

AFGHANISTAN	MAURITANIE
ANGOLA	MOZAMBIQUE
BÉNIN	MYANMAR
BIRMANIE	NAMIBIE
BURKINA FASO	NIGER
BURUNDI	NIGÉRIA
CAMEROUN	OUGANDA
CENTRAFRICAINE (République)	PAKISTAN
COMORES	PAPOUASIE NOUVELLE GUINÉE
CONGO	RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
CORÉE DU NORD	RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
CÔTE-D'IVOIRE	RWANDA
DJIBOUTI	SALOMON (îles)
ESWATINI (SWAZILAND)	SAO TOMÉ ET PRINCIPE
GABON	SÉNÉGAL
GAMBIE	SIERRA LÉONE
GHANA	SOMALIE
GUINÉE	SOUDAN
GUINÉE-BISSAU	TANZANIE
GUINÉE ÉQUATORIALE	TCHAD
HAÏTI	TOGO
INDE	VANUATU
KENYA	VÉNÉZUELA
LIBERIA	ZAÏRE
MADAGASCAR	ZAMBIE
MALAWI	ZIMBABWE
MALI	

Documentation

1. Pays
2. Durée du séjour
3. Date de retour
4. Malaria

SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Liste géographique - Anglais

■	AFGHANISTAN	C	COSTA RICA	■	INDIA
	ALBANIA	■	COTE D'IVOIRE	●	INDONESIA
	ALGERIA		CROATIA	■	IRAN
	ANDORRA		CUBA		IRAQ
■	ANGOLA		CURAÇAO		IRELAND
	ANGUILLA		CYPRUS		ISRAEL
	ANTIGUA AND BARBUDA		CZECH REPUBLIC		ITALY
	ARGENTINA		DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO		JAMAICA
	ARMENIA	■	DENMARK		JAPAN
	ARUBA		DJIBOUTI		JORDAN
	AUSTRALIA	■	DOMINICA		KAZAKHSTAN
	AUSTRIA		DOMINICAN REPUBLIC	■	KENYA
●	AZERBAIDJAN	C	EASTER ISLAND		KIRIBATI
	AZORES		ECUADOR		KOSOVO
	BAHAMAS	●	EGYPT		KUWAIT
	BAHRAIN		EL SALVADOR		KYRGYZSTAN
●	BANGLADESH		ENGLAND	●	LA DÉSIRADE
	BARBADOS		EQUATORIAL GUINEA		LAOS
	BELARUS	■	ERITREA		LATVIA
	BELGIUM	●	ESTONIA		LEBANON
	BELIZE		ESWATINI (SWAZILAND)	■	LESOTHO
■	BENIN	■	ETHIOPIA	■	LIBERIA
	BERMUDA	●	FALKLAND ISLAND		LIBYA
	BHUTAN		FIJI		LIECHTENSTEIN
●	BOLIVIA		FINLAND		LITHUANIA
	BONAIRE		FRANCE		LUXEMBOURG
	BORA-BORA		FRENCH GUIANA		MACAU
	BOSNIA AND HERZEGOVINA	●	FRENCH POLYNESIA	■	MACEDONIA
●	BOTSWANA	■	GABON		MADAGASCAR
C	BRAZIL	■	GALAPAGOS ISLANDS	■	MADEIRA
	BRUNEI		GAMBIA	●	MALAWI
■	BULGARIA	■	GEORGIA	●	MALAYSIA
■	BURKINA FASO		GERMANY		MALDIVES
■	BURMA	■	GHANA	■	MALI
■	BURUNDI	■	GIBRALTAR		MALTA
	CAIMAN ISLANDS		GREECE		MARIANA ISLANDS
●	CAMBODIA		GREENLAND		MARIE-GALANTE
■	CAMEROON		GRENADA		MARSHALL ISLANDS
	CANARY ISLANDS		GUADELOUPE	■	MARTINIQUE
	CAPE VERDE ISLAND		GUATEMALA		MAURITANIA
■	CENTRAL AFRICAN REPUBLIC	●	GUINEA		MAURITIUS ISLAND
	CEYLON	■	GUINEA-BISSAU	C	MAYOTTE ISLAND
■	CHAD	■	GUYANA		MEXICO
	CHILE	●	HAITI		MICRONESIA
	CHINA	■	HOLLAND		MOLDOVA
	CHRISTMAS ISLAND		HONDURAS		MONA
●	COLUMBIA	●	HONG KONG		MONACO
■	COMOROS		HUNGARY		MONGOLIA
■	CONGO		ICELAND		MONSERRAT
	COOK ISLANDS				MONTENEGRO

SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Liste géographique - Anglais

	MOOREA		ROMANIA		SWITZERLAND
	MOROCCO		RUSSIA		SYRIA
	MOSQUITO ISLAND	■	RWANDA		TAIWAN
■	MOZAMBIQUE		SABA ISLAND		TAJKISTAN
■	MYANMAR		SAINT BARTHELEMY		TAHITI
■	NAMIBIA		SAINT EUSTACE	■	TANZANIA
	NAURU		SAINT HELENA ISLAND	●	THAILAND
●	NEPAL		SAINT LUCIA		TIBET
	NETHERLAND		SAINT MARTIN		TIMOR LESTE
	NEW CALEDONIA		SAINT PIERRE AND MIQUELON	■	TOGO
■	NEW HEBRIDES (voir VANUATU)		SAINT KITTS AND NEVIS		TONGA
	NEW ZEALAND		SAINT THOMAS		TORTOLA
C	NICARAGUA		SAINT VINCENT AND THE GRENADINES		TRINIDAD AND TOBAGO
■	NIGER		SAINTES (islands)		TUNISIA
■	NIGERIA		SAMOA		TURKEY
	NORFOLK ISLAND		SAN MARINO		TURKMENISTAN
■	NORTH KOREA	■	SAO TOMÉ AND PRINCIPE		TURKS AND CAICOS ISLANDS
	NORTHERN IRELAND	●	SAUDI ARABIA		TUVALU ISLANDS
	NORWAY		SCOTLAND		
	OMAN	■	SENEGAL	■	UGANDA
■	PAKISTAN		SERBIA		UKRAINE
	PALAU		SEYCHELLES		UNITED ARAB EMIRATES
	PALESTINE	■	SIERRA LEONE		UNITED KINGDOM
C	PANAMA		SINGAPORE		URUGUAY
■	PAPUA-NEW-GUINEA		SLOVAKIA		UZBEKISTAN
	PARAGUAY		SLOVENIA	■	VANUATU
●	PERU	■	SOLOMON ISLAND		VATICAN
●	PHILIPPINES	■	SOMALIA	■	VENEZUELA
	PINE CAY ISLAND	●	SOUTH AFRICA	●	VIETNAM
	PITCAIRN ISLANDS	●	SOUTH KOREA		VIRGIN ISLANDS
	POLAND		SPAIN		WHALES
	PORTUGAL		SRI LANKA	●	YEMEN
	PUERTO RICO	■	SUDAN	■	ZAIRE
	QATAR	●	SURINAME	■	ZAMBIA
	RAIATÉA ISLAND		SWEDEN	■	ZIMBABWE
	REUNION				

Zones sans risque - Est allé dans une des zones listées

Pays	Zones sans risque
AZERBAIJAN	in the city of Baku.
BANGLADESH	in the city of Dhaka.
BOLIVIA	in the cities of La Paz, Oruro, Potosi, Sucre and Lake Titicaca.
BOTSWANA	in the city of Gabarone.
CAMBODIA	in the cities of Phnom Penh, Siem Reap and at the temple complex of Angkor Wat.
COLUMBIA	in the cities of Bogota, Cartagena, Manizales, Medellin and San Juan de Pasto
ECUADOR	in the cities of Quito and Guayaquil and on Galapagos Islands.
ERITREA	in the city of Asmara.
ETHIOPIA	In the city of Addis Ababa.
FRENCH GUIANA	in the city of Cayenne.
GUATEMALA	in the cities of Antigua, Guatemala and in Atitlan Lake.
GUYANA	in the cities of Amsterdam et Georgetown
HONDURAS	in the cities of San Pedro Sula and Tegucigalpa.
INDONESIA	in the cities of Jakarta and Ubud and resort areas of Java or Bali.
LAOS	in the city of Vientiane.
MALAYSIA	in the cities of Georgetown, Kuala Lumpur and Penang State (including Penang Island).
NEPAL	in the city of Katmandou and on typical Himalayan treks.
PERU	in the city of Lima and tourist areas of Cuzco, Machu Picchu or Lake Titicaca and in the cities of Arequipa, Ica, Moquegua, Nazca, Puno and Tacna.
PHILIPPINES	in the cities of Cebu, Manila and Quezon..

SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Pays	Zones sans risque
SAUDI ARABIA	in the cities of Jeddah, Mecca, Medina, Riyadh and Taif.
SOUTH AFRICA	in the cities of Bhisho, Bloemfontein, Cape Town, East London, Johannesburg, Kimberley, Port Elizabeth and Pretoria.
SOUTH KOREA	in the city of Seoul.
SURINAME	in the city of Paramaribo.
THAILAND	in the cities of Bangkok, Chang Mai, Chang Rai, Koh Phangan, Koh Samui, Pattaya and Phuket and in the islands of Krabi province (Koh Phi Phi, Koh Yao Noi, Koh Yao Yai et Koh Lanta).
VIETNAM	in the cities of Da Nang, Haiphong, Hanoi, Ho Chi Minh (Saigon), Nha Trang and Qui Nhon and in the Mekong and Red River Deltas.
YEMEN	in the city of Sanaa.

OUI	NON
1. Pays Zone MCSD 4. Ø Malaria	1. Pays 2. Durée du séjour 3. Date de retour 4. Malaria

EN VIGUEUR

SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Zones avec risques - Est allé dans une des zones listées

Pays	Zones avec risques
IRAN	In the province of Sistan and Baluchestan

OUI	NON
<ol style="list-style-type: none">1. Pays2. Durée du séjour3. Date de retour4. Malaria	<ol style="list-style-type: none">1. Pays Pas de visite dans Zone et/ou période visée au MCSD4. Ø Malaria

EN VIGUEUR

Malaria dans tout le pays – Aucune question au donneur

AFGHANISTAN	MALAWI
ANGOLA	MALI
BENIN	MAURITANIA
BURKINA FASO	MOZAMBIQUE
BURMA	MYANMAR
BURUNDI	NAMIBIA
CAMEROON	NIGER
CENTRAL AFRICAN REPUBLIC	NIGERIA
CHAD	NORTH KOREA
COMOROS	PAKISTAN
CONGO	PAPUA NEW GUINEA
CONGO (DEMOCRATIC REPUBLIC OF)	RWANDA
COTE-D'IVOIRE	SAO TOME AND PRINCIPE
DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO	SENEGAL
DJIBOUTI	SIERRA LEONE
EQUATORIAL GUINEA	SOLOMON ISLAND
ESWATINI (SWAZILAND)	SOMALIA
GABON	SUDAN
GAMBIA	TANZANIA
GHANA	TOGO
GUINEA	UGANDA
GUINEA-BISSAU	VANUATU
HAITI	VENEZUELA
INDIA	ZAIRE
KENYA	ZAMBIA
LIBERIA	ZIMBABWE
MADAGASCAR	

Documentation

1. Pays
2. Durée du séjour
3. Date de retour
4. Malaria

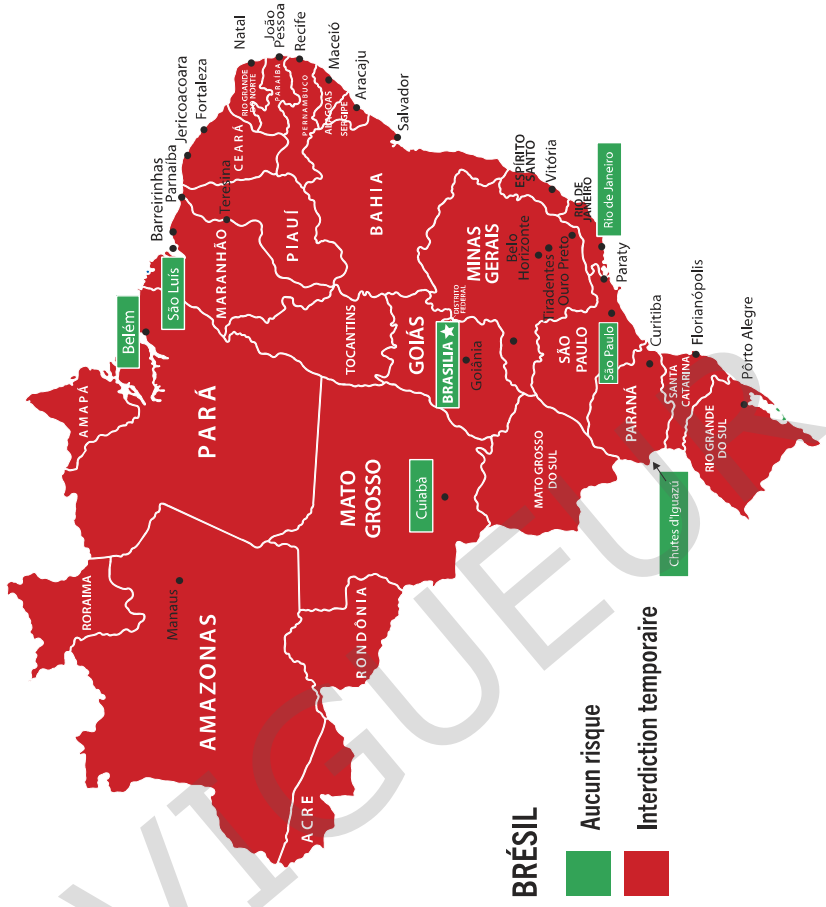
Pays avec carte géographique

Pays	Annexe à consulter
BRÉSIL	Voir Annexe 1 pour la carte géographique
COSTA RICA	Voir Annexe 2 pour la carte géographique
MEXIQUE	Voir Annexe 3 pour la carte géographique
NICARAGUA	Voir Annexe 4 pour la carte géographique
PANAMA	Voir Annexe 5 pour la carte géographique
RÉPUBLIQUE DOMINICAINE	Voir Annexe 6 pour la carte géographique

EN VIGUEUR

SPÉCIFICATION
PAYS À RISQUE DE MALARIA

ANNEXE 1 : CARTE GÉOGRAPHIQUE – BRÉSIL



SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

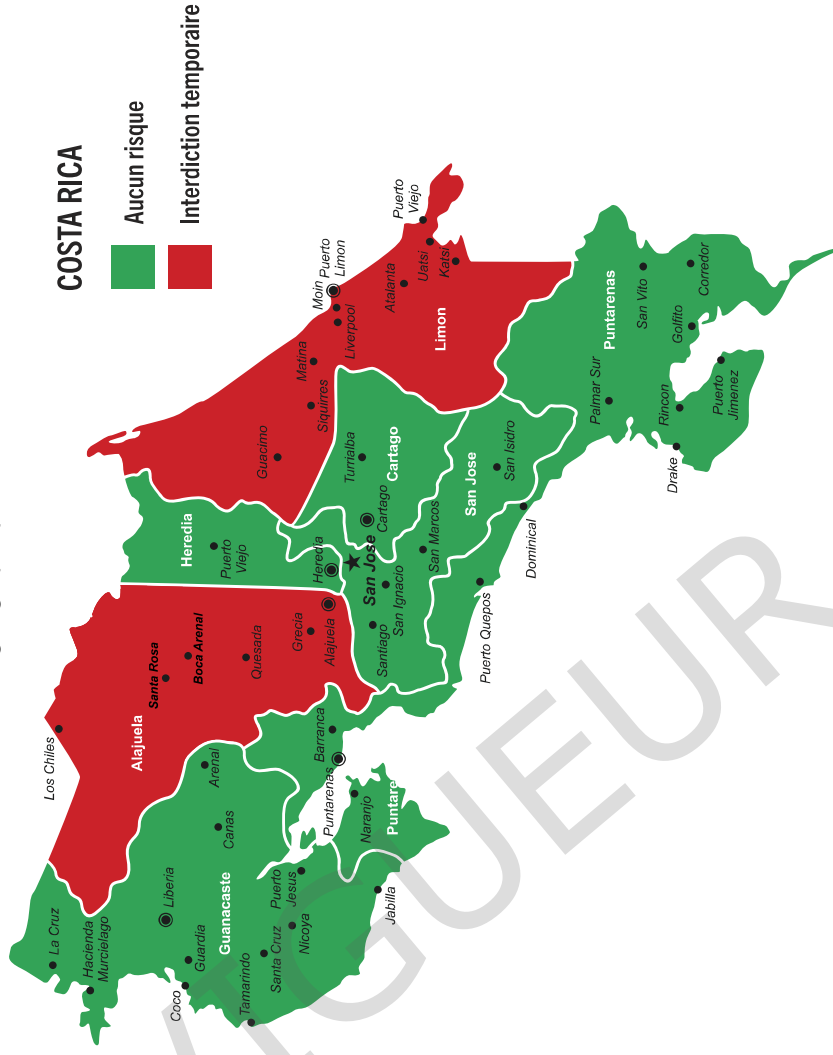
Brésil : zones sans risque de malaria

Le tableau suivant liste les zones sans risque :

Brésil : zones sans risque de malaria
Brasilia (ville), Belém, Chutes d'Iguaçu, Cuiabá, Rio de Janeiro (ville), São Luís, São Paulo (ville)

SPÉCIFICATION
PAYS À RISQUE DE MALARIA

Annexe 2 : Carte géographique – Costa Rica



SPÉCIFICATION

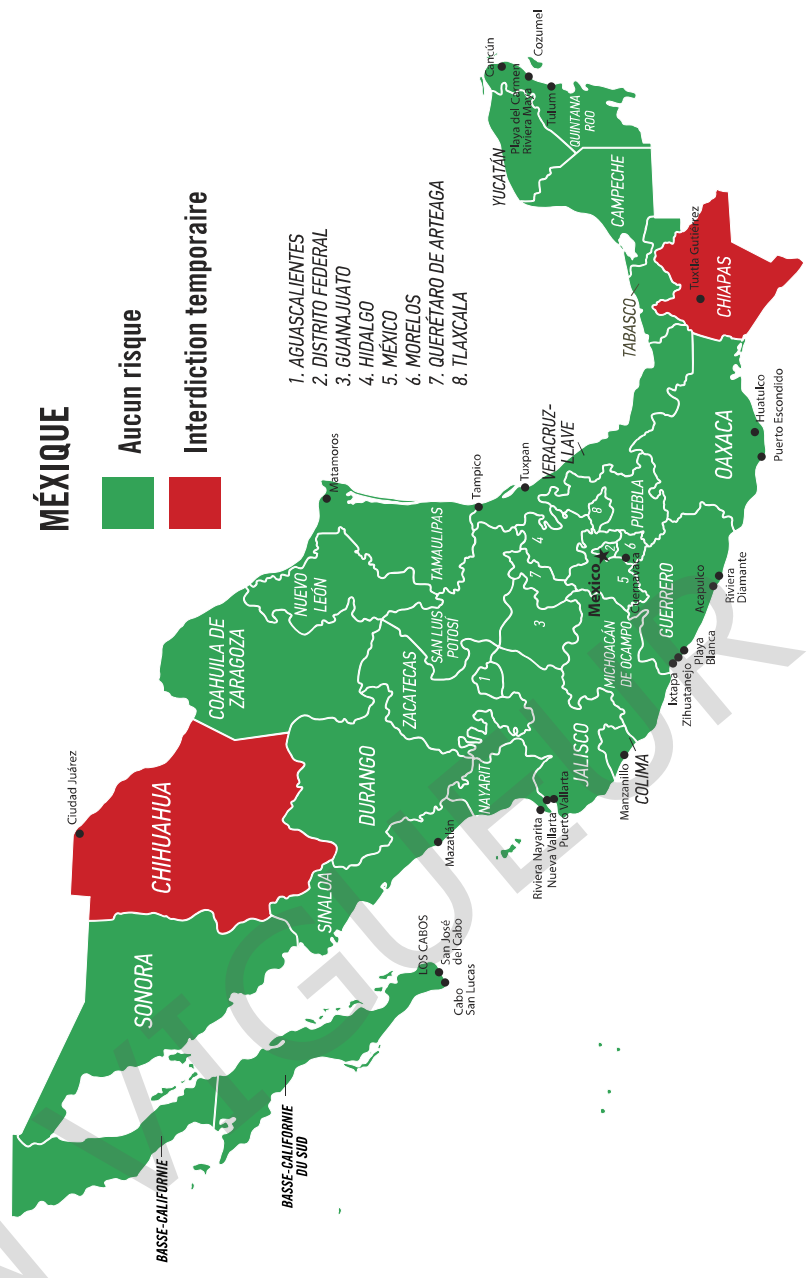
PAYS À RISQUE DE MALARIA

Costa Rica : zones à risque de malaria

Costa Rica : zones à risque de malaria	
Zones à risque	Principales villes
Province de Alajuela	Alajuela, Boca Arenal (incluant le volcan Arenal), Grecia, Los Chiles, Quesada, Santa Rosa
Province de Limon	Atalanta, Guacimo, Katsi, Liverpool, Matina, Moin, Puerto Limon, Puerto Viejo, Siquirres, Uatsi

SPÉCIFICATION PAYS À RISQUE DE MALARIA

Annexe 3 : Carte géographique – Mexique



SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Mexique : zones à risque de malaria

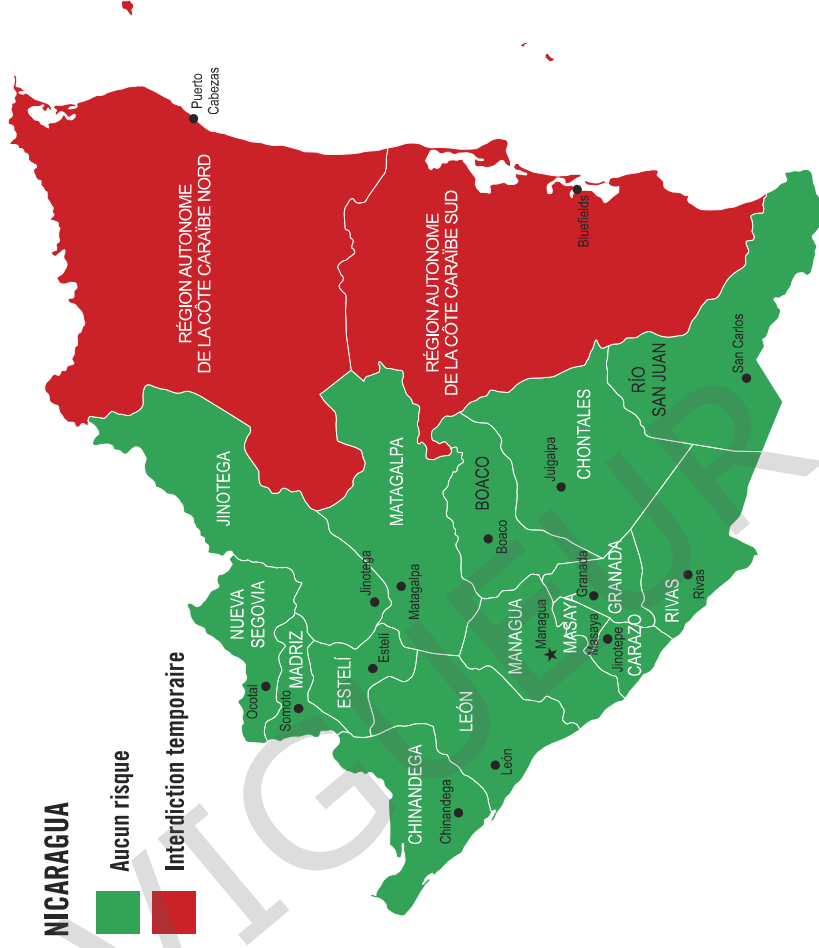
Veillez noter que toutes les villes dans les provinces à risque doivent être considérées pour l'interdiction temporaire.

Le tableau suivant liste les **principales villes** à risque indiquées sur la carte.

Mexique : Zones à risque de malaria	
Provinces	Principales Villes
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez
Chihuahua	Ciudad Juárez

SPÉCIFICATION PAYS À RISQUE DE MALARIA

Annexe 4 : Carte géographique – Nicaragua



SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

Nicaragua : zones à risque de malaria

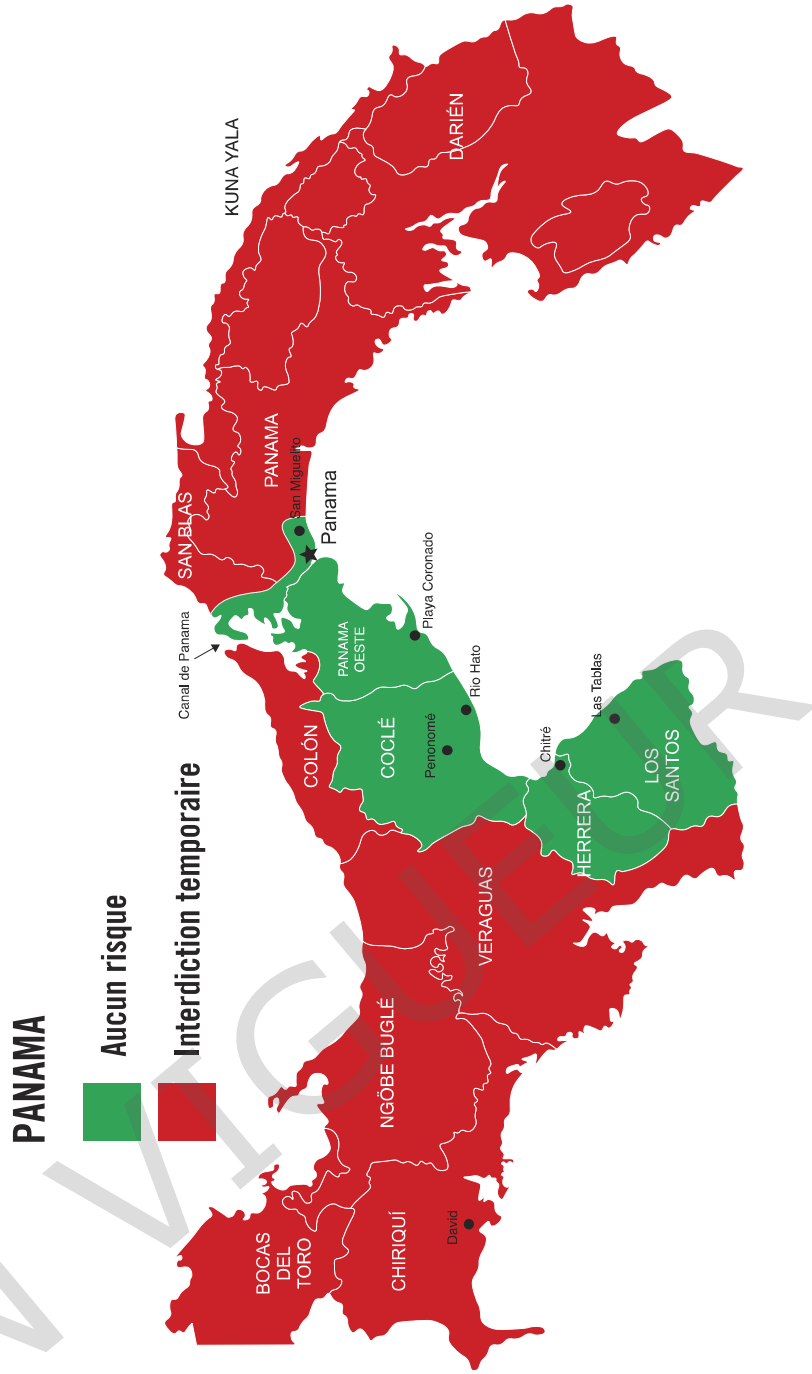
Veillez noter que toutes les villes dans les provinces à risque doivent être considérées pour l'interdiction temporaire.

Le tableau suivant liste les **principales villes** à risque indiquées sur la carte.

Nicaragua : zones à risque de malaria	
Provinces à risque	Principales Villes
Région Autonome de la Côte Caraïbe Nord	Puerto Cabezas
Région Autonome de la Côte Caraïbe Sud	Bluefields

SPÉCIFICATION
PAYS À RISQUE DE MALARIA

Annexe 5 : Carte géographique – Panama



Panama : zones sans risque de la malaria

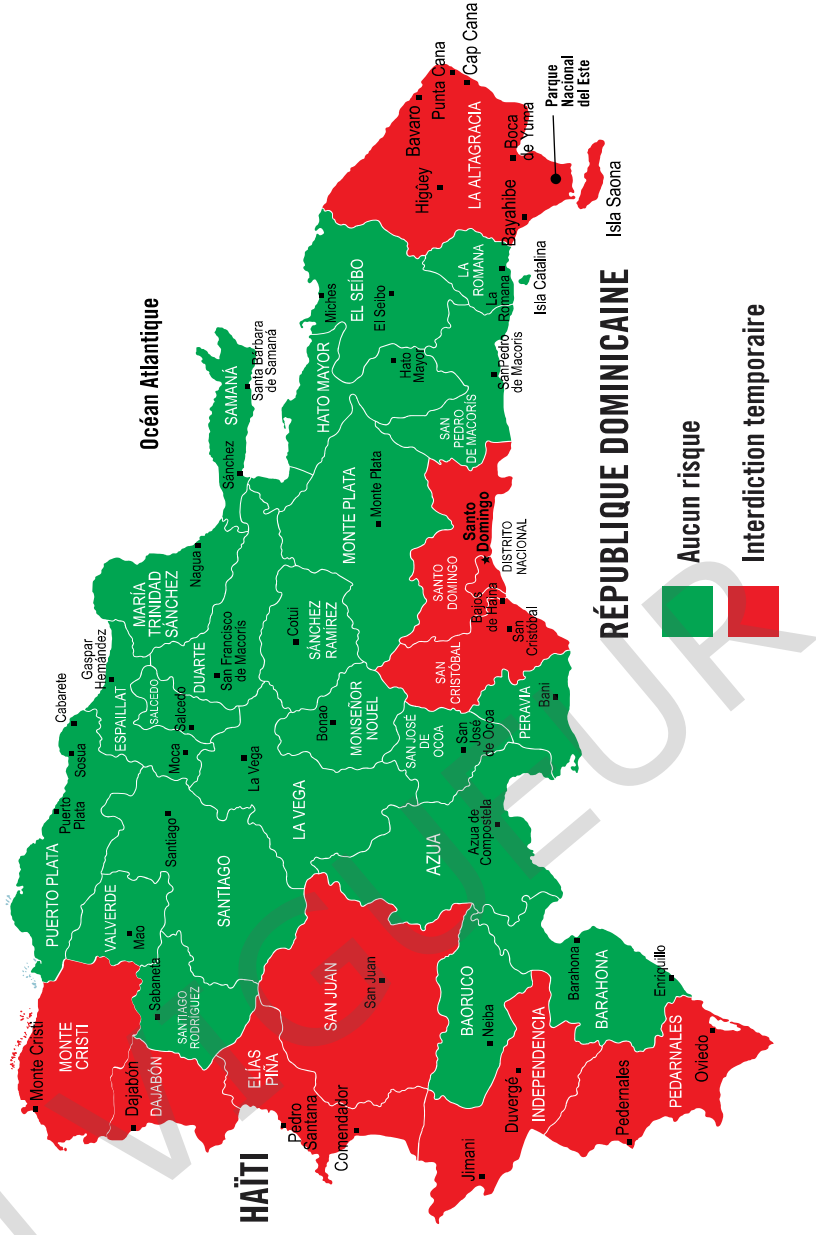
Veillez noter que toutes les villes dans les provinces sans risque doivent être considérées.

Le tableau suivant liste les **principales villes** sans risque indiquées sur la carte.

Panama : zones sans risque de malaria	
Provinces	Principales villes
Coclé	Penonomé, Playa Blanca, Rio Hato
Herrera	Chitré
Los Santos	Las Tablas
Panama Oeste	Playa Coronado, La Chorrera
Zones sans risque de malaria	
Canal de Panama, ville de Panama, San Miguelito	

SPÉCIFICATION
PAYS À RISQUE DE MALARIA

Annexe 6 : Carte géographique – République Dominicaine



SPÉCIFICATION

PAYS À RISQUE DE MALARIA

République Dominicaine : zones à risque de malaria

Veillez noter que toutes les villes dans les provinces à risque doivent être considérées pour l'interdiction temporaire.

Le tableau suivant liste les **principales villes** à risque indiquées sur la carte.

République Dominicaine : zones à risque de malaria	
Provinces à risque	Principales villes
La Altagracia	Punta Cana, Cap Cana, Bayahibe, Bavaro, Higüey, Parque Nacional del Este, Isla Saona, Boca de Yuma
Monte Cristi	Monte Cristi
Dajabon	Dajabon
Elias Pina	Comendador, Pedro Santana
Independencia	Jimani, Duvergé
Pedernales	Pedernales, Oviedo
San Cristobal	San Cristobal, Bajos de Haina
San Juan	San Juan
Santo Domingo	Santo Domingo

LISTE DES MODIFICATIONS

DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Ajout de l'Iran dans la tableau jaune « Zones à risque - Est allé dans une des zones listées »	La province de Sistan-et-Baloutchistan devient à risque pour la malaria.	Révision du CDC (septembre 2024)
Réf. : OC-09369		

EN VIGUEUR

Numéro du document	SPE-00545 [31]
Numéro historique	SPE-00039 / CLI-SPE-005
Date en vigueur	09-09-2024
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
IDT-00041	Étude de dons antérieurs
PFN-00676	Retour de la direction médicale
PFN-00288	Prélèvement de dons autologues
IDT-00036	Traitement des résultats de dépistage.
MAN-00077	MCSD : critères généraux, section C
PFN-00931	CON - Sélection des culots pour procédures spécifiques
PFN-00612	Service à la clientèle - Appel du Donneur
PFN-00260	Inscription d'un donneur potentiel au Registre de cellules souches
IDT-00032	Prélèvement de don d'aphérèse avec dispositif TH
PFN-00611	Vérification de la qualification du donneur
PFN-01016	Suivi APS: Protéines totales et protéines sériques IgG
PFN-00631	Retrait de produit / quarantaine
IDT-00006	Entrevue de sélection - Interdictions / Particularités
PFN-00091	Réception d'information pour suivi donneur
IDT-00039	Priorisation des activités et suivi de surveillances au SEN
PFN-00938	Qualification au don de lait maternel

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Direction médicale	Catherine Latour	08-07-2024
Collectes	Caroline De Blois	20-08-2024
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	17-07-2024
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	15-07-2024
Assurance qualité	Dominic Thibeault	21-08-2024

CODES D'INTERDICTION

Légende – Code d'interdiction manuelle					
1	1 ^{re} activité	5	Date du diagnostic	5	Dernière activité
2	Apparition des signes et symptômes	4	1 ^{re} prise Rx	6	Dernière prise
				7	Fin des signes et symptôme
				x	En fonction des informations du MCSD

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de CFA

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Délai d'interdiction (trs) NOTE : selon eProgesa	Code enquête transfusionnelle générée automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
		Saisir Date début	Saisir Date fin				Code SCS	Risque donneur (D)	Risque receveur (R)
----	Blood Products-Transfusion Recipient				--		BP01	--	N
----	Blood Products-Immune Globulins				--		BP02	--	N
----	Bld Prod-Coag Factors/Serum Proteins				--		BP03	--	N
----	Bld Prod-Specific Immune Glob (Animal)				--		BP04	--	N
----	Trali investigation (specimens only or autologous)				--		BP05	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C001	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C003	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C007	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C014	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C021	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C028	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C030	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C042	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C056	--	N
----	Medical-Temp-may not delete at clinic				--		C090	--	N
----	Medication-Temp-may not delete at clinic				--		D001	--	N
----	Medication-Temp-may not delete at clinic				--		D003	--	N
----	Medication-Temp-may not delete at clinic				--		D007	--	N
----	Medication-Temp-may not delete at clinic				--		D014	--	N
----	Medication-Temp-may not delete at clinic				--		D021	--	N
----	Medication-Temp-may not delete at clinic				--		D030	--	N
----	Medication-Temp-may not delete at clinic				--		D042	--	N
----	Medication-Temp-may not delete at clinic				--		D090	--	N

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D) / Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
---	Medication-Temp-may not delete at clinic			--		D180	--	N
---	APLT-Ibuprofen-may not delete at clinic			--		DE01	--	N
---	APLT-ASA-may not delete at clinic			--		DE03	--	N
---	APLT-Piroxicam-may not delete at clinic			--		DE14	--	N
800D	Température hors norme	X	--	6	800D		R	N
801A	VNO maladie	X	--	55	801A	C014	R	N
		X	--	55		C028	R	N
		X	--	55		C056	R	N
806A	Malaria – court séjour	X	--	89	806A	D007	R	N
806B	Malaria – 3 ans	X	--	1094	806B	Fait via 806A	R	N
8060	Malaria	X	--	Permanent	8060	D009	R	N
---	Same Day Miscellaneous					W000	--	N
808F	Barrière linguistique	--	--	0	808F	Y001	D/R	N
808L	Aphérèse : cumul RBC dépassé (55 jrs)	X	--	55	808L		D	N
808M	Aphérèse > 210 ml (en un seul don)	X	--	111	808M		D	N
811C	Contact-hépatite aigüe	X	--	364	811C	D027	R	N
811F	Stéroïdes anabolisants	1 dans les 12 derniers mois	5 + délai ID	364	811F	D005	R	N
812C	Relation sexuelle-UDI	1 dans les 12 derniers mois	5 + délai ID	364	812C	D058	R	N
812E	Relation sexuelle-Prostitué(e)	1 dans les 12 derniers mois	5 + délai ID	364	812E	D058	R	N
812G	Transfusion	1 dans les 6 derniers mois	5 + délai ID	179	812G	D058	R	N
---	Medical - "Yes" to Written RD Questions			--		F180	--	N
---	"Yes" to Written RD Questions			--		F365	--	N
---	Medical - "Yes" to Oral RD Questions			--		H180	--	N
---	"Yes" to Oral RD Questions			--		H365	--	N
---	Partner Drug Use- Parenteral			--		T365	R	O
---	Partner Money/Drugs for Sex			--		E365	R	O

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Délai d'interdiction (frs) NOTE : selon eProgesa	Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)
----	Partner Regular Treatment – Blood			--		P180	R	O
----	Partner MSM			--		P365	R	O
----	Partner Background Unknown			--		T180	R	O
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J001	--	N
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J007	--	N
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J014	--	N
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J021	--	N
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J060	--	N
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J090	--	N
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J180	--	N
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J365	--	N
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J730	--	N
----	Medical-Temp-may delete at clinic			--		J5YR	--	N
----	Pregnancy/Br Fdg-may delete at clinic			--		K180	--	N
----	Medical-General-No Defined Duration			--		L001	--	N
----	Apheresis Test Results-Out of Range			--		P001	--	N
----	Apheresis-Red Cell Loss Exceeded			--		P056	--	N
----	Medication-General-No Defined Duration			--		Q001	--	N
----	Surgery-may be deleted at clinic			--		S001	--	N
----	Conv BLIS code 2-may delete at clinic			--		T002	--	N
----	Vaccination-may not delete at clinic			--		V002	--	N
----	Vaccination-may not delete at clinic			--		V007	--	N
----	Vaccination-may not delete at clinic			--		V021	--	N
----	Vaccination-may not delete at clinic			--		V028	--	N
----	Vaccination-may not delete at clinic			--		V042	--	N
----	Vaccination-may not delete at clinic			--		V084	--	N
----	Vaccination-may not delete at clinic			--		V090	--	N
----	Vaccination-may not delete at clinic			--		V365	--	N
----	Conv BLIS code 5-may delete at clinic			--		Y005	--	N

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD			
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D)	Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
0100	Risque de maladie infectieuse/ transmissible	--	--	--	0100			R	O
0115	Hépatite d'étiologie inconnue	2 ou 3	5 ou 7 + délai ID	179	0115		D054	R	O
0130	Brucellose	X	--	Permanent	0130		D049	R	O
0131	Maladie Creutzfeldt-Jakob classique	X	--	Permanent	0131		D015	R	O
0132	Babesiose	X	--	Permanent	0132		--	R	O
0133	Chagas	X	--	Permanent	0133		D051	R	O
0134	Leishmaniose	X	--	Permanent	0134		D051	R	O
0135	Trypanosomiase	--	--	Permanent	0135		--	R	O
0136	Pian	X	--	Permanent	0136		--	R	O
0140	Virus spumeux simien	X	--	Permanent	0140		--	R	O
0175	Injection de drogue	X	--	Permanent	0175		D018	R	O
---	Money / Drug for sex	--	--	Permanent	0176		--	R	O
---	Regular Treatment – Blood	--	--	Permanent	0177		--	R	O
---	MSM	--	--	Permanent	0178		--	R	O
---	Partner has HIV	--	--	Permanent	0179		--	R	O
0200	Cardio-général	X	--	Permanent	0200		--	D	O
0210	Arythmie	X	--	Permanent	0210		--	D	O
0260	Péricardite non virale	X	--	Permanent	0260		--	D/R	O
0270	MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique)	X	--	364	0270		--	D	O
0290	Chirurgie cardiaque	X	--	Permanent	0290		--	D	O
---	Maladie du rein	--	--	Permanent	0300		--	D/R	O
0400	Bronchiectasie	X	--	Permanent	0400		--	R	O
0410	MPOC (Maladie pulmonaire obstructive chronique)	X	--	Permanent	0410		--	D	O
0500	Neurologique - Général	X	--	Permanent	0500		--	R	O
0510	Traumatisme crânien	X	--	Permanent	0510		--	D	O
0550	Sclérose en plaques	X	--	Permanent	0550		--	R	O
0570	Myasthénie grave	X	--	Permanent	0570		--	D	O
0600	Hormone de croissance	X	--	Permanent	0600		D057	R	O

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD			
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D)	Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
0610	Diabète	X	--	--	0610	0610	D	O	O
0700	Porphyrrie	X	--	--	0700	0700	R	O	O
0710	Polycythémie/ Polyglobulie	X	--	--	0710	0710	R	O	O
0720	Problème de coagulation	X	--	--	0720	0720	D/R	O	O
0730	Anémie pernicieuse	X	--	--	0730	0730	D	O	O
0750	Thrombocytopenie (PTI)	X	--	--	0750	0750	D/R	O	O
0900	Cancer	X	--	1824	0900	0900	R	O	O
1011	Arthrite	X	--	Permanent	1011	1011	R	O	O
1014	Splénectomie HQ/spondylitis (ankilosing) SCS	X	--	Permanent	1014	1014	D/R	O	O
1030	Lupus	X	--	Permanent	1030	1030	D/R	O	O
1040	Ostéomyélite chronique	X	--	Permanent	1040	1040	R	O	O
---	Chronic Fatigue Syndrome	--	--	Permanent	1050	1050	D	N	N
1200	Gastro-intestinale général	X	--	Permanent	1200	1200	R	O	O
1220	Maladie de Crohn	X	--	Permanent	1220	1220	R	O	O
1240	Cirrhose du foie	X	--	Permanent	1240	1240	D/R	O	O
1320	Problème de déficit immunitaire	X	--	Permanent	1320	1320	R	O	O
1410	Méd. Tératogène permanent	X	--	Permanent	1410	1410	R	O	O
1500	Endartériectomie (carotides)	X	--	Permanent	1500	1500	D	O	O
1510	Anévrisme	X	--	Permanent	1510	1510	D	O	O
1520	Thrombophlébite	X	--	Permanent	1520	1520	D	O	O
1530	Accident cérébro-vasculaire (AVC)	X	--	Permanent	1530	1530	D	O	O
1540	Réaction vaso-vagale sévère	X	--	Permanent	1540	1540	D	O	O
---	Comportement inacceptable	--	--	Permanent	1600	1600	R	N	N
1701	Test VIH +	X	--	Permanent	1701	1701	R	O	O
1702	Prostitution	X	--	364	1702	1702	R	O	O
1705	Relation sexuelle-VIH/SIDA	X	--	364	1705	1705	R	O	O
5020	Lien de confiance brisé	X	--	Permanent	5020	5020	R	N	N
DECD	Décédé	X	--	Permanent	DEC D		R	N	N

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD					
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D)	Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON		
GEOP	Groupe d'essai opérationnel	X	--	--	GEOP						
2PAR	Inf. parasitaire-retrait 120 jours	②	⑦ + délai ID	D049	815A				R	N	N
3PAR	Inf. parasitaire-retrait prod. Non périmé	②	⑦ + délai ID	D053	815A				R	N	N
4PAR	Inf. parasitaire-retrait 90 jours	②	⑦ + délai ID	D054	815A				R	N	N
5MAL	Cinquième maladie (Parvovirus B19)	②	⑦ + délai ID	D055	815A				R	N	N
ALD0	Allergie désinfection – 0 jour	X	---	--	--				D	N	N
ALPD	Allergie au produit de désinfection	X	--	Permanent	--				D	N	N
ALZH	Maladie Alzheimer	X	--	Permanent	0500				R	O	O
ANEO	Anémie -0 jour	X	--	0	815F				D	N	N
ANV6	Anévrisme 6 mois	X	--	179	1510				D	N	N
APNE	Apnée du sommeil	X	--	0	815A				D	N	N
ARBO	Infection à arbovirus	②	⑦ + délai ID	D073	--				R	O	O
ARIN	Arthrite infectieuse	X	--	0	8022				R	O	O
AURE	Autologue refusé	X	--	0	---				D	N	N
B19P	TAN B19	X	---	59	---				R	N	N
BARI	Chirurgie bariatrique	X	--	364	815A				D	N	N
BBDI	Accouchement-dirigé	X	--	179	---				D	N	N
BEBE	Accouchement	X	--	179	815B				D	N	N
BRAS	Trace d'injection de drogues	X	--	Permanent	---				R	O	O
CAHE	Cancer hématopoïétique/mélanome	X	--	Permanent	D068				R	O	O
CALB	Calcul biliaire	X	--	0	811D				D	N	N
CALR	Calcul rénal	X	--	0	815F				D	N	N
CAPO	Cancer de la peau	X	--	0	815E				R	N	N
CCUT	Cancer - col de l'utérus	X	--	0	815E				R	N	N
CDIF	Clostridium difficile	X	--	0	815A				R	N	N

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
CHIR	Chirurgie	X	--	--	815A		D/R	N
CHOL	Cholécystite	X	--	--	---		D	
CINT	Cystite interstitielle	X	--	--	815A		D	N
CMVM	Infection CMV	②	⑦ + délai ID	D049	815A		R	N
CNEC	Consentement non éclairé	X	--	--	---		D/R	N
COEL	Maladie coeliaque	X	--	--	815A		D	N
COEU	Chirurgie/procédure cardiaque	X	--	364	---		D	N
COLU	Colite ulcéreuse	X	--	1824	815E		D/R	N
CONS	Consentement non signé	X	--	0	---		D/R	O
COQL	Coqueluche	X	--	20	815A		R	N
COVM	COVID-19 Maladie	②	--	9	--	C014	R	O
CSAN	Contact - sang autre personne	X	--	179	811A		R	O
CYST	Cystite infectieuse	X	--	1	815A		R	N
DENO	Traitement dentaire - 0 jour	X	--	0	---		R	N
DEN3	Traitement dentaire - 3 jours	X	--	3	---		R	N
DENG	Dengue	②	⑦ + délai ID	89	815A		R	N
DEXT	Demande externe	X	--	Permanent	8022		D/R	---
DIA0	Diabète - 0 jour	X	--	0	--		D	N
DIA3M	Diabète - 90 jours	X	--	89	--		D	N
DIAR	Diarrhée	X	--	1	814A 814B		R	
DINT	Demande interne	X	--	Permanent	8022		D/R	---
DIVE	Diverticulite	X	--	0	815A		R	N
DMER	Greffe de dure-mère	X	--	Permanent	0131		R	O
DRUG	Type de drogue autre	X	X	Variable	---		R	
EBOL	Risque Ébola	③	--	55	---		R	O
ECOQ	Exposition à la coqueluche	X	--	27	---		R	N
EINA	Exposition à une infection aiguë	X	--	27	---		R	N

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
ELAC	Electrolyse – Acupuncture	1 dans les 3 derniers mois	5 + délai ID	D021	811A		R	O
ENCE	Enceinte	X	--	--	815B		D	N
ENPH	Encéphalite	X	--	--	815A		R	N
EPII	Epilepsie	X	--	--	815C		D	N
EPUL	Embolie pulmonaire	X	--	--	815F		D	N
ESCL	Essai clinique	X	--	--	----		R	N
EVZO	Exposition à varicelle – Zona	X	--	--	----		R	N
FEBA	Ferritine basse	X	--	--	----		D	N
FIBR	Fibrome	X	--	--	815A		D	N
FJAU	Fièvre jaune	2	7 + délai ID	D060	815A		R	N
GILB	Maladie de Gilbert	X	--	--	811D		R	N
GONO	Gonorrhée	X	--	D061	812F		R	N
GOUT	Goutte	X	--	--	815A		D	N
GRE0	Greffe - 0 jour	X	--	--	811D		D	N
GREF	Greffe - 1 an	X	--	D058	811D		R	N
GUBA	Syndrome de Guillain-Barré	X	--	--	815A		D	N
GUIP	Guillain-Barré permanent	X	--	Permanent	8022		D	
HBFE	Hémoglobine-Femme	X	--	83	----		D	N
HBHO	Hémoglobine-Homme	X	--	55	----		D	N
HBIG	Immunoglobulines contre Hépatite B	X	--	364	D058		R	N
HC07	Hémochromatose	X	--	7	----		D	N
HEHI	Hernie hiatale	X	--	0	815A		D	N
HEP0	Hépatite 0 jour	X	--	0	811D		R	N
HEPC	Contact-Hépatite chronique	X	--	364	811C		R	N
HEPS	Hépatite Suivi	X	--	Permanent	8022		R	N
HIST	Histoplasmosse	X	--	89	815A		R	N
IN07	Infection - 7 jours	X	--	7	815A		R	N
IN14	Infection - 14 jours	X	--	14	----		R	N

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D)	Risque receveur (R)
IN2A	Infection 2 ans	X	--	--	815A		R	N
INF1	Infection aiguë	X	--	0	0200 814B 815A 815F		R	N
INFG	Infection – général	X	--	1	----		R	
INFO	Information manquante	X	--	0	815A 8022		D/R	O
INFR	Infection – retrait	②	--	0	814B		R	N
INSE	Insémination artificielle/fécondation in vitro	X	--	179	815A		R	O
INVE	En investigation	X	--	0	----		D/R	N
IP01	Inhibiteur plaquettaire - 1 jour	X	--	1	----		R	N
IP03	Inhibiteur plaquettaire - 3 jours	X	--	3	----		R	N
IP07	Inhibiteur plaquettaire - 7 jours	X	--	7	----		R	N
IP14	Inhibiteur plaquettaire - 14 jours	X	--	14	----		R	N
IRRO	Rubéole – Rougeole	②	⑦ + délai ID	20	815A		R	N
ITS6	ITS-Retrait 6 mois	②	⑦ + délai ID	364	812F		R	N
ITS8	ITS-Retrait 8 mois	②	⑦ + délai ID	364	812F		R	N
ITSS	Inf. transmissible sexuellement	X	--	364	812F		R	N
LEGI	Maladie du légionnaire	X	--	0	815A		R	N
LEPT	Leptospirose	②	⑦ + délai ID	364	815A		R	N
LESP	Lésion sur la peau	X	--	0	815A 815G		R	N
LVOL	Limite de volume	X	--	1	----		D	N
LMAL	Malaria-Vérification du lieu	X	--	0	----		D	N
LYME	Maladie de Lyme	X	--	0	815A		R	N
MADD	Maladie d'Addison	X	--	Permanent	----		D	N

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D) / Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
MALC	Malformation cardiaque	X	--	--	---		D	N
MCJP	Maladie Creutzfeldt-Jakob parenté	X	--	--	0131		R	O
MEIO	Métaux lourds	X	--	--	---		R	
MMEN	Maladie de Ménière	X	--	--	814A		D	N
MONO	Mononucléose infectieuse	②	⑦ + délai ID	D054	811D 815A		R	N
MYOC	Myocardite	X	--	--	---		D	
NSPB	Ne se sent pas bien	X	--	--	814B		D/R	N
OREI	Oreillons	②	⑦ + délai ID	D066	815A		R	N
OSTO	Ostéomyélite aiguë	X	--	--	815A		R	N
PARO	Infection parasitaire-0 jour	X	--	--	815A		R	N
PARA	Infection parasitaire	X	--	--	815A 815F		R	N
PERI	Péricardite	X	--	--	815D		R	N
PHLE	Phlébite	X	--	--	815A		D	N
PITY	Pityriasis rosé	②	⑦ + délai ID	D053	815A		R	N
POID	Poids	X	--	--	815G		D	N
POUO	Problème pulmonaire-0 jour	X	--	--	815F		D/R	N
PREP	Prophylaxie pré/post exposition au VIH	X	--	119	---	D120	R	O
PRZA	Prophylaxie pré exposition au VIH-2 ans	④ dans les 2 dernières années	⑥ + délai ID	D058	--		R	O
PRIS	Prison	X	--	364	811E		R	N
PROC	Prostatite chronique	X	--	0	--		R	O
PROS	Prostatite aiguë	X	--	Permanent	--		R	O
PTIQ	Piqûre de tique	X	--	30	--		R	O
QFEV	Fièvre Q	X	--	0	815A		R	N
RAGE	Exposition à un animal	X	--	364	814E		R	N
RSAR	Relation sexuelle à risque	X	--	89	---	H090	R	O

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D) / Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
REMD	Refusé par la direction médicale	X	--	Permanent	---		D/R	N
RIN0	Reins - 0 jour	X	--	0	815F		D/R	N
RINP	Reins-permanent	X	--	Permanent	0300		D/R	N
RX01	Médicament - 1 jour	X	--	1	815A		D/R	N
RX02	Médicament - 2 jours	X	--	2	815A		D/R	N
RX03	Médicament - 3 jours	X	--	3	815A		D/R	N
RX05	Médicament - 5 jours	X	--	5	815A		D/R	N
RX07	Médicament - 7 jours	X	--	7	815A		D/R	N
RX08	Médicament - 8 jours	X	--	8	815A		D/R	N
RX13	Médicament - 13 jours	X	--	13	815A		D/R	N
RX14	Médicament - 14 jours	X	--	14	815A		D/R	N
RX20	Médicament - 20 jours	X	--	20	815A		D/R	N
RX2A	Médicament - 2 ans	X	--	729	815A		D/R	N
RX30	Médicament - 30 jours	X	--	30	815A		D/R	N
RX41	Médicament - 41 jours	X	--	41	815A		D/R	N
RX59	Médicament - 59 jours	X	--	59	815A		D/R	N
RX89	Médicament - 89 jours (3 mois)	X	--	89	815A		D/R	N
RX4M	Médicament - 4 mois	X	--	119	815A		D/R	N
RX6M	Médicament - 6 mois	X	--	179	815A		D/R	N
SALM	Salmonellose	X	--	0	815A		R	N
SARC	Sarcoïdose	X	--	Permanent	8022		D	
SCAR	Scarlatine	X	--	0	815A		R	N
SCLE	Sclérodermie	X	--	Permanent	1000		R	
SITS	Relation sexuelle-ITSS	X	--	364	---		R	N
SMET	Suivi médical enquête transfusionnelle	X	--	0	---		D/R	N
SON0	Sonde vésicale	X	--	0	---		R	N
SOND	Sonde vésicale à demeure	X	--	Permanent	---		R	
SPAK	Spondylite Ankylosante	X	--	179	815A		R	N
SPHR	Sphérocytose	X	--	Permanent	1210		D/R	N

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D) / Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
STPA	Bactérie mangeuse de chair	X	--	--	815A		R	N
SYP0	Syphilis-0	X	--	--	-		R	N
SYPH	Syphilis-antécédent	X	--	Permanent	0100		R	
TAPE	Tatouage/Percer les oreilles ou la peau	1 dans les 3 derniers mois	5 + délai ID	D019	811A		R	O
TBMA	Tuberculose	X	--	--	815F		R	N
TCOA	Trouble de la coagulation	X	--	--	---		D/R	N
TG30	Med. Tératogène-30 jours	4 dans le dernier mois ou depuis la date déclarée par le donneur	6 + délai ID	D046	---		R	N
TG3A	Med. Tératogène- 3 ans	4 dans les 3 dernières années ou depuis la date déclarée par le donneur	6 + délai ID	D046	---		R	N
TG6M	Med. Tératogène- 6 mois	4 dans les 6 derniers mois ou depuis la date déclarée par le donneur	6 + délai ID	D046	---		R	N
THAL	Thalassémie	X	--	Permanent	0730		D/R	N
THYR	Trouble de la thyroïde	X	--	89	815A		D	
THY0	Hypo/Hyperthyroïdie non contrôlé	X	--	0	815A		D	
TOXO	Toxoplasmose	2 dans les 3 derniers mois ou depuis la date déclarée par le donneur	7 + délai ID	D063	815A		R	N
TPPD	PPD positif avec prophylaxie	X	--	0	815A		R	
TRAC	Traumatisme avec coma	X	--	0	---		D	N
TRAU	Traumatisme crânien	X	--	364	815C		D	N
TYPH	Fièvre typhoïde	2 dans les 3 derniers mois ou depuis la date déclarée par le donneur	7 + délai ID	D050	815A		R	N
ULC0	Ulcère sans saignement	X	--	0	815A		D	N
ULC6	Ulcère avec saignement	X	--	179	815A		D	N
VA2M	Vaccin-2 mois	X	--	59	814D		R	N
VA3M	Vaccin-3 mois	X	--	89	814D		R	

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA	Libellé – Médical	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transnationale généré automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD			
		Saisir Date début	Saisir Date fin			Code SCS	Risque donneur (D)	Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
VA4S	Vaccin-4 semaines	X	--	--	814D		S/O		N
VA7J	Vaccin-7 jours	X	--	--	--		S/O		N
VARC	Complication vaccination variole	X	--	14	814D		R		N
VASC	Chirurgie / maladie vasculaire	X	--	Permanent	8022		D		N
VEAT	Vérification antécédents de grossesse	X	--	0	D071		R		N
VHAM	Hépatite A-maladie	③	--	179	811D		R		N
VHBM	Hépatite B-maladie	③	--	Permanent	0110		R		N
VHCM	Hépatite C-maladie	③	--	Permanent	0110		R		N
VHEM	Hépatite E-maladie	③	⑦ + délai ID	179	811D		R		N
VINT	Vérification-interdiction	X	--	0	----		D/R		N
VOYA	Risque voyage	X	--	20	D072		R		N
VSEF	Volume sanguin jeune donneur	X	--	0	----		D		N
VZOS	Varicelle-Zona	②	⑦ + délai ID	20	815A		R		N

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGSA		Codes spécifiques à l'aphérèse	Code d'interdiction manuelle		Code enquête transfusionnelle générée automatiquement	Code HQ PROGSA	SCD	
			Saisir Date début	Saisir Date fin			Risque donneur (D)	Applicable HQ OUI / NON
AF14	Aphérèse FSC - 14 jours	X			---	AF14	D	N
AFVA	Aphérèse FSC - variable	X			---	AFVA	D	N
APHN	Aphérèse Plaq. Hors-norme	X			---	---	D	N
APID	Aphérèse interdiction	X			---	---	D	N
APPH	Aphérèse perte hématies	X	X		---	APPH	D	N
PFSE	Prélèvement plasma fractionnement seulement	X			---	---	D	N
PL2M	Plasmaphérèse - Hypogamma IgG - 2mois	---			---	---	D	N
PLPT	Plasmaphérèse - protéines totales	---			---	PLPT	D	N
PLFG	Plasmaphérèse	---			---	PLFG	D	N
PLHY	Plasmaphérèse - Hypergamma IgG	---			---	---	D	N
PT2M	Plasmaphérèse - Hypoprotéïnémie - 2mois	---			---	---	D	N
PTNE	Protéines totales - Non effectuée	---			---	PTNE	D	N
RATE	TH-splénectomie post-traumatique	X			---	RATE	R	N
S012	Plasmaphérèse - Hypogamma - IgG 2 fois	---			---	---	D	N
S013	Plasmaphérèse - Hypoprotéïnémie 2 fois	---			---	---	D	N
---	Red cell loss exceeded - apheresis	---			---	---	D	N
						P112		

CODES D'INTERDICTION

CODES D'INTERDICTION MÉDICAEUX INVALIDÉS					
Code HQ ePROGESA	Libellé - Médical	Code HQ PROGESA	SCD		
			Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
0139	VMCJ – Europe de l'Ouest	0139	0139	R	O
1381	VMCJ-RU	1381	0138	R	O
1382	VMCJ - France	1382	0138	R	O
1383	VMCJ - Transfusion EO	1383	0138	R	O
1384	VMCJ – Arabie Saoudite	1384	0138	R	O
800A	Hémoglobine	800A	A056	D	N
---	Pouls hors norme	800B		--	--
---	Pouls irrégulier	800C		--	--
---	Médical	800C		--	--
---	Veine	8004	N001	--	N
8001	Hémoglobine	8001	A056	--	N
800E	Tension artérielle hors norme	800E		D	N
804A	Veine sang total/obturateur non brisé (pince fermée entre le connecteur en Y et la poche de prélèvement ATREUS/REVEOS)	804A	N001	--	N
804B	Veine sang total/obturateur brisé (pince ouverte entre le connecteur en Y et la poche de prélèvement ATREUS/REVEOS)	804B	N001	D	N
804C	Veine aphérèse/procédure non démarrée	804C	N001	--	N
---	Veine aphér./proc.démarrée et ret.d'hém	804D	N001	--	N
---	Veine aphér./proc.démarrée sans ret.hém	804E	N001	--	N
804F	V.aph.cumul RBC ≤ 200ml	804F		--	N
804G	V.aph.cumul RBC >200ml/d-cg ou ≤ 210mL	804G		D	N
804H	Veine aphérèse > 210 ml (en un seul don)	804H		D	N
---	Paludisme	8006	M00Z	R	O
---	Divers courte durée	8008	W001	--	N
---	Départ avec attente (décision du donneur)	808A		--	N
808B	Départ sans attente (décision du donneur)	808B		--	N
808C	Probi.tech/sang tot/obturateur non brisé (pince fermée entre le connecteur en Y et la poche de prélèvement ATREUS/REVEOS)	808C		--	N
808D	Probi.tech/sang total/obturateur brisé (pince ouverte entre le connecteur en Y et la poche de prélèvement ATREUS/REVEOS)	808D		D	N
---	Attente d'information	808E		--	--
808G	Procédure non démarrée/aphérèse	808E		--	N
---	Procédure démarrée et ret.hém./aphérèse	808G		--	N
---	Proc.démarrée sans ret.d'hém./aphérèse	808H		--	N
---	Proc.démarrée sans ret.d'hém./aphérèse	808I		--	N
808K	Aphérèse : cumul RBC ≤ 200 ml	808K		--	N
---	VNO – Info post-don	8010	C014 C028 C056	R R R	N N N
---	Stat. hépatite (DDS:Q5a / DDPlong:Q33,34,35 / DDPabr:Q17,18,19)	811A		--	--
---	Stat. hépatite (Q5b)	811B		--	--

CODES D'INTERDICTION

CODES D'INTERDICTION MÉDICAUX INVALIDÉS				
Code HQ ePROGESA	Libellé - Médical	Code HQ PROGESA	SCD	
		Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)	
			Applicable HQ OUI / NON	
----	Stat. Hépatite (DDS :Q5b,7a / DDPlong:Q14,17) (DDPabr:Q10,12;)	811D	--	--
----	Stat. Hépatite (DDS :Q13 / DDPlong:Q50 / DDPabr:Q34))	811E	--	--
----	Stat. Hépatite (DDS:Q28 /DDPlong:Q36 / DDPabr :Q16)	811G	--	--
----	Stat. Hépatite <i>Ne pas utiliser : critères futurs</i>	811Z	--	N
----	Stat VIH (DDS:Q10 / DDPlong:Q11/DDPabr :Q9)	812A	--	--
812B	Relation sexuelle-HSH	812B	R	N
812D	Relation sexuelle-Prostitué(e)	812D	R	N
----	Stat VIH (DDS:Q26 / DDPlong :Q44 / DDPabr:Q12)	812F	--	--
812H	Relation sexuelle-facteurs coagulation	812H	R	N
----	Stat VIH (Q30)	812I	--	--
812Z	Relation sexuelle-Risque VIH variant	812Z	R	N
----	Stat prise de médicaments (DDS :Q2a / DDP:Q3)	813A	--	--
----	Stat prise de médicaments (DDS :Q3a / DDP:Q4)	813B	--	--
----	Stat prise de médicaments (DDS :Q4b / DDP:Q5)	813C	--	--
----	Stat prise de médicaments <i>Ne pas utiliser : critères futurs</i>	813Z	--	N
----	Stat infectieux (DDS :Q1a / DDSauto:Q1a,Q8a DDP :Q1)	814A	--	--
----	Stat infectieux (DDS :Q1b / DDSauto:Q1b,Q6b / DDP :Q2)	814B	--	--
----	Stat infectieux (DDS :Q2b / DDSauto:Q2b,Q6c / DDPlong:Q10 / DDPabr :Q8)	814C	--	--
----	Stat infectieux (DDS :Q3b / DDPlong:Q8 / DDPabr :Q6)	814D	--	--
----	Stat infectieux (DDS :Q5c / DDPlong:Q9 / DDPabr :Q7)	814E	--	--
----	Stat infectieux	814Z	--	--
----	Statistiques durée variable (DDS :Q4a / DDSauto :Q3 /DDPlong :Q12 / DDPabr :Q10)	815A	--	--
----	Stat durée variable (DDS :Q6d / DDPlong : Q24/DDPabr : Q13)	815B	--	--
----	Stat durée variable (DDS :Q7b / DDSauto : Q4a / DDPlong :Q18 / DDPabr :Q12)	815C	--	--
----	Stat durée variable (DDS :Q7c / DDSauto:Q4b /DDPlong :Q19 / DDPabr :Q12)	815D	--	--
----	Stat durée variable (DDS :Q7d / DDPlong :Q20 / DDPabr :Q12)	815E	--	--
----	Stat durée variable (DDS :Q7e / DDSauto:Q4c / DDPlong :Q19 / DDPabr :Q12)	815F	--	--
815G	Stat durée variable (causes variables reliées à un critère mais non associées à une question du DDS i.e., poids hors norme, consentement non éclairé, lésions de la peau, ivresse, interdictions relatives à la moelle osseuse, etc.)	815G	D/R	N
816A	Malaise sang total/obturateur non brisé (pince fermée entre le connecteur en Y et la poche de prélèvement. ATREUS/REVEOS)	816A	--	N
816B	Malaise sang total/obturateur brisé (pince ouverte entre le connecteur en Y et la poche de prélèvement ATREUS/REVEOS)	816B	D	N
816C	Malaise aphasérese/procédure non démarrée	816C	--	N
816D	Malaise aphasé./proc.démarrée et .ret.hém	816D	--	--

CODES D'INTERDICTION

816E	Malaise aphér./proc.démar.sans ret.hém				
816F	M.aph.cumul RBC ≤200mL	816E			D
816G	M. aph. :cumul RBC > 200mL / d-cg ≤ 210 mL	816F			--
816H	Malaise aphérese > 210 mL (en un seul don)	816G			D
8021	Durée d'interdiction fixe	816H			D
8022	Approbation médicale	8021	T021		--
8030	Dosage protéines sériques 1 ^{er} résultat anormal	8022	EM01		D/R
8090	Dosage protéines sériques 2 ^e résultat anormal	8030			--
8099	Expiration au 21 ^e siècle	8090			--
0110	Hépatite B ou C	8099	L099		--
0120	Risque élevé d'hépatite	0110	0110		R
0137	Kala – Azar	0120	0120		R
0138	Variante de Creutzfeld-Jakob	0137	0137		R
0170	Risque élevé de SIDA	0138	0138		R
0171	MT - Antécédent	0170	0170		R
0172	Rencontre requise avec Dir. Méd.	0171	0171		R
0174	Risque élevé – HIV O	0172	0172		R
0220	Hypertension	0174	0174		R
0310	Maladie chronique du rein	0220	0220		D
0520	Epilepsie	0310	0310		R
0530	Paralysie cérébrale	0520	0520		D
0540	Déficience intell./abs. consent.éclairé	0530	0530		D
0545	Santé mentale/absence consent.éclairé	0540	0540		D/R
0560	Parkinson	0545			D/R
0580	Dystrophie musculaire	0560	0560		D
0620	Maladie de la thyroïde	0580	0580		D
0660	Maladie endocrinienne	0620	0620		D
0740	Protéine anormale	0660	0660		D/R
1000	Musculo squelettique	0740	0740		R
1010	Fibromyalgie	1000	1000		R
1100	Overage (âge limite)	1010	1010		D
1210	Foie/ Système biliaire	1100	1100		D
1230	Hémochromatose	1210	1210		R
1300	Système immunitaire	1230	1230		--
1310	Maladie auto-immune	1300	1300		R
1400	Médicaments – Général	1310	1310		R
1420	Injection de sels d'or	1400	1400		D/R
1430	Médicaments longue durée	1420	1420		R
1550	Malaises modérés consécutifs	1430	1430		D/R
1703	HSH	1550			D
1704	Facteur de coagulation-permanent	1703			R
	Divers longue durée	1704	0170		R
		5000	5000		D/R

CODES D'INTERDICTION

CODES D'INTERDICTION MÉDICAUX INVALIDÉS					
Code HQ ePROGESA	Libellé - Médical	Code HQ PROGESA	Code SCS		
			SCD		
			Risque donneur (D) Risque receveur (R)		
			Applicable HQ OUI / NON		
---	Ancienne exclusion ACO	5010	5010	R	O
---	Déficience facteur de coagulation	PDFC		R	N
COAG	Facteur de coagulation - 6 mois	812G		R	N
COCA	Cocaïne intranasale	811G		R	N
COVC	COVID-19 Contact	---	C014	R	O
COVV	COVID-19 Voyage	---	C014	R	O
DIAB	Diabète - 30 jours	DIAB	D030	D	O
IP05	Inhibiteur plaquettaire - 5 jours	---		R	N
HC55	Hémochromatose	815F		D	N
MARI	Haschich-Mari avec effet persistant	815G		R	N
PLIM	Plasmaphér. EPS attente d'immunofixation	PLIM		D	N
PL30	Plasmaphér. EPS, 1 ^{er} résultat hors norme	PL30		D	N
PL90	Plasmaphér. EPS, 2 ^e résultat hors norme consécutif	PL90		D	N
PL99	Plasmaphérèse EPS, protéine anormale	PL99		D	N
PLHN	Plasmaphér. EPS, 3 ^e résultat hors norme consécutif	PLHN		D	N
PLNF	Plasmaphérèse EPS non fait	PLNF		D	N
PLPM	Plasmaphérèse - Pic monoclonal	PLPM		D	N
PLVA	Plasmaphérèse - variable	PLVA		D	N
RX3A	Médicament - 3 ans	815A		D/R	N
RXPE	Médicament - Permanent	815A		D/R	N
S006	Groupe ABO faible	S006		R	N
S007	Coombs direct positif 2 fois	S007		R	N
TG07	Med. Tératogène-7 jours	---		R	N
TVIH	Test VIH/SIDA	812A		R	N
VIHV	Voyage-Risque VIH variant	---		R	N
VA6S	Vaccin - 6 semaines	814D		R	O
---	Grossesse antérieure / vMCJ < 30jrs	TRAL		R	N

CODES D'INTERDICTION

CODE DE CONVERSION		SCD		
Analyse HQ	Codes de conversion	Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
9105 : I	Malaria-Visitor to endemic area	M001	R	N
9105 : X	Malaria-Immigrant/Resident endemic area	M00X	R	N
9105 : Z	Malaria – History of	M00Z	R	O

CODES D'INTERDICTION

CODE LABORATOIRE		SCD			
Code HQ ePROGSA	Codes de laboratoire	Code HQ PROGSA	Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)	Applicable HQ OUJ / NON
4187	Chagas confirmé positif	4187	3120	R	O
	Chagas (dépistage)		3100	R	O
4190	Anti-VIH 1/2 confirmé positif	4190	2341	R	O
4191	Anti-HTLV-III confirmé positif	4191	2420	R	O
---	Antigène VIH P24 confirmé positif	4193	2520	R	O
4198	Anti-VHC confirmé positif	4198	2620	R	O
4199	AghBs confirmé positif	4199	2220	R	O
9019	Dépistage de l'anti-VHA (IgM)	--		R	
9180	Syphilis sans résultat MT	9180	9180	R	O
9190	Anti-VIH ½ sans résultat MT	9190	9190	R	O
9191	Anti-HTLV – III sans résultat MT	9191	9191	R	O
9193	Antigène VIH p24	9193	9193	R	O
9198	Anti-VHC sans résultat MT	9198	9198	R	O
9199	AghBs sans résultat MT	9199	9199	R	O
ABOF	Groupe ABO faible			R	N
ACER	Anticorps érythrocytaire			R	N
AGGF	Agglutinines froides			R	N
CBAC	Culture bactérienne positive - LCQ	CBAC		R	N
EXQP	Exception Qualification des produits			R	N
TDAP	Test Direct à l'antiglobuline positif			R	N
QBAC	Culture bactérienne positive – qualif.	QBAC		R	N

CODES D'INTERDICTION

CODES DE SURVEILLANCE						SCD
Code HQ ePROGESA	Codes de surveillance	Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)	Code HQ PROGESA	Applicable HQ OUI / NON	
1340	Suivi enquêtes	6130	R	1340	O	
3522	Anti-HBs	3001	R	3522	O	
3523	Dépistage anti-HBc final	3000	R	3523	O	
3924	Dépistage TAN B19		R	---	N	
3930	Dépistage TAN VHA		R	---	N	
	Implicated donor – TRALI reaction	6240	R		N	
S001	Réaction allergique majeure		--	S001	N	
S002	Échantillons lipémiques 2 fois		--	S002	N	
S003	Problèmes de filtration du sang 2 fois		--	S003	N	
S004	Problèmes avec analyses PRISM 2 fois		--	S004	N	
S005	Culture bactérienne positive 2 fois		--	S005	N	
S008	Donneur positif anti-HBc		--	S008	N	
S009	Problème avec analyses TAN 2 fois		--	S009	N	
S010	Problème de déleucocytation		--	S010	N	
S011	Hb/Ht > limite supérieure	----	----	---	N	
S012	Hypogamma - IgG		D	---	N	
S013	Hypoprotéïnémie		D	---	N	

CODES D'INTERDICTION

CODE DE MALADIES TRANSMISSIBLES (MARQUEURS VIROLOGIQUES)									
Code HQ ePROGSA	Code de maladies transmissibles (Marqueurs Virologiques)	Option si interdiction manuelle	Délai d'interdiction	Code enquête transfusionnelle générée automatiquement	Code HQ PROGSA	SCD			
						Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON	
0173	MT – Résultat de Test externe	C	Permanent	--	0173	0173	R	O	
0180	Syphilis			--	0180	2100	R	O	
0187	Test Chagas			--	0187	--	R	--	
----	Syphilis – Final Interpretation			--		2120	R	O	
0189	TAN VHA	----	179	A019	--		R		
0190	Dépistage du VIH			--		2300	R	O	
	Libellé SCS : Anti-VIH ½			--	0190	2320	R	O	
	Libellé SCS : Anti-HIV-1-Final Interpretation			--		2340	R	O	
0191	Libellé SCS : Anti-HIV-2-Final Interpretation			--	0191	2400	R	O	
0192	Anti-HTLV I/II			D052	0192	3200	R	O	
	TAN VIH-VHC-VHB			--		3205	R	O	
	MPX Non-discriminated			--		2500	R	O	
----	Antigène VIH P24			--	0193	3020	R	O	
0194	TAN VHB			--	0194	2800	R	O	
	TAN VIH			--		2801	R	O	
0195	HIV RNA Unresolved Pool Recurrence			--	0195	2802	R	O	
	HIV RNA Inhibitory Sample			--		2700	R	O	
	TAN VHC			--		2701	R	O	
0196	HCV RNA Unresolved Pool Recurrence			--	0196	2702	R	O	
	HCV RNA Inhibitory Sample			--		3000	R	O	
0197	Anti-HBc			--	0197	3040	R	O	
	Anti-HBs			--		2600	R	O	
0198	Anti-VHC			--	0198	2200	R	O	
0199	AgHBs			--	0199	--	--	--	
MT03	Réintégration 90 jours		89	--	MT03	--	--	--	
MT06	Réintégration 180 jours		179	--	MT06	--	--	--	
ISEN	SEN-En attente d'anti-HBs		Permanent	--	----	EM01	R	N	
	Waiting for Re-Entry testing			--		4050	--	--	
	Donor has failed re-entry (Donor has repeat reactive/reactive or positive for any screening TD markers on a subsequent Samples Only donation)			--		4060	--	--	

CODES D'INTERDICTION

CODE DE MALADIES TRANSMISSIBLES (MARQUEURS VIROLOGIQUES)								
Code HQ ePROGESA	Code de maladies transmissibles (Marqueurs Virologiques)	Option si interdiction manuelle	Délai d'interdiction	Code enquête transfusionnelle générée automatiquement	Code HQ PROGESA	SCD		
						Code SCS	Risque donneur (D) Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
	Donor has tested repeat reactive, reactive or positive for any screening TD markers on a subsequent donation following successful re-entry.					4070	--	--
	Donor has been invited for Re-Entry Testing which will provide traceability for re-entry through the program.					4090	--	--
8005	TAN VNO (analyse de laboratoire)			--	8005	2900	R	N
	WNV RNA unresolved pool					2901	R	O
	WNV RNA (recurrence)					2902	R	O

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA		CODE-MÉDICAL (AUTRES CENTRES)					SCD		
Code - Médical (autres centres)		Option si interdiction manuelle	Délat d'interdiction	Code HQ PROGESA	Code SCS	Risque donneur (D)	Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON	
2010	Médicale – Vancouver	C	Permanent	2010	9010	R		O	
2020	Médicale – Calgary	C	Permanent	2020	9020	R		O	
2021	Médicale – Edmonton	C	Permanent	2021	9021	R		O	
2030	Médicale – Regina	C	Permanent	2030	9030	R		O	
2031	Médicale – Saskatoon	C	Permanent	2031	9031	R		O	
2040	Médicale – Winnipeg	C	Permanent	2040	9040	R		O	
2050	Médicale – Sudbury	C	Permanent	2050	9050	R		O	
2051	Médicale – London	C	Permanent	2051	9051	R		O	
2052	Médicale – Hamilton	C	Permanent	2052	9052	R		O	
2053	Médicale – Toronto	C	Permanent	2053	9053	R		O	
2055	Médicale – Ottawa	C	Permanent	2055	9055	R		O	
2059	Médicale – Thunder Bay	C	Permanent	2059	9059	R		O	
---	Médicale – Montréal			2060	9060	--		N	
---	Médicale – Québec			2061	9061	--		N	
2070	Médicale – St-Jean, N-B.	C	Permanent	2070	9070	R		O	
2080	Médicale – Halifax	C	Permanent	2080	9080	R		O	
2090	PEI – Permanent Medical Deferral	C	Permanent	2080	9089	R		O	
2090	Médicale – Terre-Neuve	C	Permanent	2090	9090	R		O	
2000	Interdiction Médicale – SCS	C	Permanent	2000		R		O	
1910	Maladie Transmiss. Vancouver	C	Permanent	1910	9910	R		O	
1920	Maladie Transmiss. Calgary	C	Permanent	1920	9920	R		O	
1921	Maladie Transmiss. Edmonton	C	Permanent	1921	9921	R		O	
1930	Maladie Transmiss. Regina	C	Permanent	1930	9930	R		O	
1931	Maladie Transmiss. Saskatoon	C	Permanent	1931	9931	R		O	
1940	Maladie Transmiss. Winnipeg	C	Permanent	1940	9940	R		O	
1950	Maladie Transmiss. Sudbury	C	Permanent	1950	9950	R		O	
1951	Maladie Transmiss. London	C	Permanent	1951	9951	R		O	
1952	Maladie Transmiss. Hamilton	C	Permanent	1952	9952	R		O	
1953	Maladie Transmiss. Toronto	C	Permanent	1953	9953	R		O	

CODES D'INTERDICTION

Code HQ ePROGESA		CODE-MÉDICAL (AUTRES CENTRES)					SCD	
Code HQ ePROGESA	Code - Médical (autres centres)	Option si interdiction manuelle	Délat d'interdiction	Code HQ PROGESA	Code SCS	Risque donneur (D)	Risque receveur (R)	Applicable HQ OUI / NON
1955	Maladie Transmiss. Ottawa	C	Permanent	1955	9955	R	R	O
1959	Maladie Transmiss. Thunder Bay	C	Permanent	1959	9959	R	R	O
---	Maladie Transmiss. Montréal			1960	9960	--	--	N
---	Maladie Transmiss. Québec			1961	9961	--	--	N
1970	Inter. Maladie Transmiss. St-Jean. N-B.	C	Permanent	1970	9970	R	R	O
1980	Inter. Maladie Transmiss. Halifax	C	Permanent	1980	9980	R	R	O
	PEI-Permanent TD Deferral	C	Permanent		9989	R	R	O
1990	Inter. Maladie Transmiss. Terre-Neuve	C	Permanent	1990	9990	R	R	O
1900	Maladie Transmiss. SCS	C	Permanent	1900		R	R	O

CODES D'INTERDICTION

LISTE DES MODIFICATIONS

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Médical (Codes TG30, TG3A, TG6M)	Ajout de précision « ou depuis la date déclarée par le donneur » dans la colonne « Code d'interdiction manuelle – Saisir Date début »	Ajout de précision et harmonisation avec la SPE-00040[31]. Pour les médicaments tératogènes (codes d'interdiction TG30, TG3A, TG6M), la date de début de l'interdiction correspond à la 1 ^{re} prise du médicament dans la période définie par la question paramétrée dans le Questionnaire médical (exemple : dans le dernier mois, dans les 3 dernières années, ou dans les 6 derniers mois). Cependant, lors de réception d'une information post-don (exemple : appel du donneur), le donneur peut déclarer une date antérieure.	SPE-00040[31]
Code laboratoire	Retrait de la mention « Marqueurs virologiques » dans le titre de la section.	La section « code laboratoire » liste les codes d'interdiction de laboratoire ne se limitant pas uniquement aux marqueurs virologiques.	Opportunité d'amélioration
Code laboratoire	Ajout des codes d'interdiction des analyses de sérologie érythrocytaire : <ul style="list-style-type: none"> • ABOF Groupe ABO faible • ACER Anticorps érythrocytaire • AGGF Agglutinines froides • EXQP Exception Qualification des produits • TDAP Test Direct à l'antiglobuline positif 	Suite à l'implantation du nouvel équipement Neo Iris (réf. CC-PRB-02249), le paramétrage des analyses de sérologie érythrocytaire a été modifié pour automatiquement ajouter une interdiction et un courrier dans le dossier du donneur pour un groupe ABO faible, des agglutinines froides, un test direct à l'anti-globuline positif, une situation d'exception à la Qualification des produits ou des anticorps irréguliers. Une lettre de notification sera préparée et envoyée au donneur pour l'aviser de son interdiction et le rediriger vers un don de plasma.	CC-PRB-02249 (CC Principal) CC-PRB-02250 (Volet Informatique)
Codes de surveillance	Retrait des surveillances S006 Groupe ABO faible et S007 Coombs direct positif 2 fois.	Modification demandée dans le cadre de l'implantation du nouvel équipement Neo Iris (réf. CC-PRB-02249). Il s'agit d'une décision médicale de retirer les surveillances S006 Groupe ABO faible et S007 Coombs direct positif 2 fois pour mettre en place une interdiction au 1er don. Dans ces situations, le donneur interdit sera avisé de son interdiction et redirigé vers le don de plasma de fractionnement.	CC-PRB-02249 (CC Principal) CC-PRB-02250 (Volet Informatique)
Codes d'interdiction médicaux invalidés	Ajout des interdictions S006 Groupe ABO faible et S007 Coombs direct positif 2 fois	Ajout d'information manquante. Héma-Québec a implanté une nouvelle question médicale aux questionnaires médicaux « Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu un médicament en injection pour prévenir une infection par le VIH en préexposition (PPrE) » afin d'être en mesure d'interdire les donneurs qui ont reçu une prophylaxie préexposition au VIH (PPrE ou PrEP en anglais) à base de cabotégravir sous forme injectable pour une période de 2 ans après la dernière injection.	MAN-00087[10] (Critère : Médicaments utilisés en prophylaxie pré/post exposition au VIH)
Médical (Code PR2A)	Ajout du code PR2A.		CC-PRB-02265
Réf. CFA : OC-09142			

Numéro du document	SPE-01085 [5]
Numéro historique	S/O
Date en vigueur	04-06-2023
Service responsable	Collectes
Statut	EN VIGUEUR

DOCUMENTS LIÉS

Numéro du document	Titre
MAN-00075	MCSD : critères généraux, section A
PFN-00612	Service à la clientèle - Appel du Donneur

APPROBATION

Service	Approuvé par	Date d'approbation
Collectes	Caroline De Blois	20-04-2023
Centre des donneurs Globule	Claudia Bédard	21-04-2023
Direction médicale	Christian Renaud	20-04-2023
Service à la clientèle - donneurs	Micheline Antar	28-04-2023
Assurance qualité	Aleyda Maria Jimenez	02-05-2023

PAYS À RISQUE D'ARBOVIRUS

Pour copie papier seulement : Le document original est approuvé avec signature numérique sous la responsabilité de CFA.

Arbovirus : Chikungunya, Dengue, Zika, etc.

CRITÈRE	APPLICATION	ACCEPTER OU INTERDIRE
Séjour et croisière*	Interdiction de 3 semaines (20 jours) à partir de la date de retour. Note : Pilote d'avion et agent de bord : Si demeure à l'intérieur de l'avion ou de l'aéroport – accepter - Modifier la réponse du donneur à NON.	VOYA**

* Le vecteur de transmission est actif de **JOUR** comme de **NUIT**.

** Ne s'applique pas au plasma de fractionnement.

Le tableau suivant indique les régions du Canada, des États-Unis et de l'Europe qui sont acceptables et à risque.

Tout **autre pays** ou **zone non mentionnée** est automatiquement considéré comme à **risque**.

AUCUN risque dans les zones suivantes	Zones à RISQUE
Albanie	
Allemagne	
Andorre	
Autriche	
Belgique	
Biélorussie	
Bosnie-Herzégovine	
Bulgarie	
Canada	
Croatie	
Danemark / Royaume du Danemark - Danemark métropolitain (connu aussi sous le nom « Danemark ») - Îles Féroé	

PAYS À RISQUE D'ARBOVIRUS

Le tableau suivant indique les régions du Canada, des États-Unis et de l'Europe qui sont acceptables et à risque.

Tout **autre pays ou zone non mentionnée** est automatiquement considéré comme à **risque**.

AUCUN risque dans les zones suivantes	Zones à RISQUE
- Groenland	
Espagne	
Estonie	
États-Unis	- Guam - Hawaï - Mariannes du Nord (Îles) - Porto Rico - Vierges américaines (Îles)
Finlande	
France	- Guyane Française - Miquelon - Guadeloupe - Nouvelle Calédonie - Île de la Réunion - Polynésie française incluant Tahiti - Îles de Wallis et Futuna - Saint-Barthélemy - Marie-Galante - Saint-Martin - Martinique - Saint-Pierre - Mayotte
Gibraltar	
Grèce	
Hongrie	
Irlande	
Islande	
Italie	
Kosovo	
Lettonie	
Liechtenstein	
Lituanie	
Luxembourg	
Macédoine	
Malte	
Moldavie	
Monaco	
Monténégro	
Norvège	
Pays-Bas	- Saint-Martin (Sint Maarten)

PAYS À RISQUE D'ARBOVIRUS

Le tableau suivant indique les régions du Canada, des États-Unis et de l'Europe qui sont acceptables et à risque.

Tout **autre pays** ou **zone non mentionnée** est automatiquement considéré comme à **risque**.

AUCUN risque dans les zones suivantes	Zones à RISQUE
Pologne	
Portugal	
République tchèque	
Roumanie	
Royaume-Uni	- Îles Vierges Britanniques
- Angleterre	
- Écosse	
- Îles Anglo-Normandes	
• Île de Guernesey	
• Île de Jersey	
- Île de Man	
- Irlande du Nord	
- Pays de Galles	
Russie	
Saint-Marin	
Serbie	
Slovaquie	
Slovénie	
Suède	
Suisse	
Ukraine	
Vatican	

LISTE DES MODIFICATIONS :

SECTION	DESCRIPTION DU CHANGEMENT	JUSTIFICATION	PROVENANCE DE L'INFORMATION
Critère : Séjour et croisière*	Ajout d'une note : « Note : Pilote d'avion et agent de bord : Si demeure à l'intérieur de l'avion ou de l'aéroport – accepter Modifier la réponse du donneur à NON. »	Précision aux sujets des pilotes d'avions et agents de bord qui demeurent dans l'avion ou l'enceinte de l'aéroport lors de leurs déplacements. Acceptable puisque risque négligeable d'être exposé à un arbovirus. La réponse doit être modifiée à NON : le déplacement n'est pas considéré puisqu'est demeuré à l'intérieur.	Demande de la Direction médicale
S/O	Déplacement des deux points dans le tableau : - Le tableau suivant indique les régions du Canada, des États-Unis et de l'Europe qui sont acceptables et à risque. - Tout autre pays ou zone non mentionnée est automatiquement considéré comme à risque.	À la demande du personnel pour plus de clarté.	Demande du Service
Tableau – Danemark	Ajout : - Royaume du Danemark - Danemark métropolitain (connu aussi sous le nom « Danemark ») - Îles Féroé - Groenland	Ajout de précisions concernant le Danemark afin d'ajouter les territoires danois autonomes (pays constitutifs) ainsi que son nom long (Royaume du Danemark).	Demande de la Direction médicale
Réf. CFA : OC-08283			