



## Discussion du processus de prélèvement de moelle osseuse (HPC, Marrow) avec un donneur potentiel non apparenté

Le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, j'ai discuté des informations suivantes avec \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa nom du donneur

Numéros donneur HQ \_\_\_\_\_

### Ceci incluait:

- Test de grossesse obligatoire chez les femmes en âge de procréer
- Coordonnées du personnel du Centre de prélèvement en cas d'urgence

### Le processus du prélèvement de moelle osseuse, incluant:

- Nécessité d'une anesthésie générale ou épidurale (décision finale après discussion avec l'anesthésiste).
- Procédure du don (sites d'aspiration, technique et durée)
- La nécessité de prélever \_\_\_\_\_ ml de moelle osseuse
- La possibilité d'avoir à être admis à l'hôpital après le prélèvement
- Congé de l'hôpital et suivi après le don
- Période de convalescence
- Anémie secondaire/recommandation de suppléments de fer (4 à 6 semaines après le don)
- Recommandation de prendre rendez-vous avec le médecin de famille 2 semaines après le don

### Les risques potentiels associés au prélèvement de moelle osseuse, notamment :

- La grossesse est une contre-indication au don de moelle osseuse
- Le risque de 1 sur 20,000 - 50,000 d'une complication sévère (pouvant causer la mort) associée à l'anesthésie
- Le risque de traumatismes physiques associés au don de moelle osseuse
- Le risque associé à la transfusion (voir explication ci-dessous)
- La faible possibilité d'une complication sévère mais qui peut être traitée (thromboembolique, cardiovasculaire, cérébrovasculaire ou septique) à la suite à l'intervention
- La rare possibilité d'un malaise qui persiste au niveau du bassin
- La forte possibilité d'un malaise au site de prélèvement d'une durée de quelques jours après l'intervention et besoin d'un analgésique (prescription d'un analgésique donnée: Oui Non)
- Autres tests à effectuer avant le prélèvement. Spécifier:**

## Discussion du processus de prélèvement de moelle osseuse (HPC, Marrow) avec un donneur potentiel non apparenté

---

Le donneur mentionné ci-dessus a été informé sur les risques et bénéfices associés aux dons de sang autologues et souhaite  / ne souhaite pas  faire un don autologue avant l'intervention.

Le donneur mentionné ci-dessus comprend qu'advenant le cas où une transfusion s'avérait nécessaire, une unité de sang régulière lui sera donnée si aucune unité de sang autologue n'est disponible.

À la suite de la discussion ci-dessus, \_\_\_\_\_ quantité d'unités autologues ont été commandées.

Une requête dûment complétée a été transmise par télécopieur à Héma-Québec à cet effet.

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

**Après avoir complété le questionnaire, l'envoyer par télécopieur au  
Registre des donneurs de cellules souches au (514) 832-0266**