



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

Héma-Québec
Registre des Donneurs de Cellules Souches
4045 Côte-vertu,
St-Laurent, QC, Canada, H4R 2W7
Tél : + 514-832-1031
Fax : + 514-832-0266
www.hema-quebec.qc.ca

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Confirmation de typage Préparation du donneur au don

ID donneur EdgeCell: _____

Date: _____
(jj-mm-aaaa)

VOTRE SITUATION À L'ÉGARD DU DON DE SANG

1. Avez-vous déjà participé à une collecte de sang au Canada? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer à quel endroit :

2. Avez-vous déjà donné du sang sous un nom différent? Oui Non S/O

Si oui, sous quel nom : _____

QUESTIONS MÉDICALES

3. Avez-vous déjà souffert d'une maladie ou d'une infection grave? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait l'objet d'examens ou de traitements médicaux? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

5. Avez-vous déjà subi une opération? Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

Nature de l'opération	Date (jj-mm-aaaa)	Type d'anesthésie

a) Vous êtes-vous complètement rétabli(e)? Oui Non S/O

b) Y a-t-il eu des complications? Oui Non S/O

Si oui, veuillez préciser : _____

6. À votre connaissance, est-ce que vous ou un membre de votre famille (y compris la famille élargie) avez une maladie génétique transmissible qui peut affecter le sang ou le système immunitaire? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (suite)

ID Donneur EdgeCell : _____

Date : _____
(jj-mm-aaaa)

7. Est-ce qu'un membre de votre famille (y compris la famille élargie) a ou a déjà eu la leucémie, un lymphome ou autre cancer? Oui Non

Si oui, précisez le lien avec cette personne, le type de cancer et l'âge auquel le diagnostic a été reçu: _____

8. Avez-vous déjà reçu un diagnostic pour une dépression, un trouble bipolaire, la schizophrénie ou une autre maladie mentale? Oui Non

Si oui, avez-vous reçu un traitement ou été hospitalisé(e)?

9. Avez-vous déjà eu un des problèmes suivants :

a) Problèmes de foie? *Si oui, veuillez préciser:* _____ Oui Non

b) Épilepsie, coma, accident vasculaire cérébral, convulsion ou évanouissement? *Si oui, veuillez préciser:* _____ Oui Non

c) Problèmes de tension artérielle ou de cœur ou opération cardiaque? *Si oui, veuillez préciser:* _____ Oui Non

d) Cancer y compris cancer du sang? (ex.: leucémie, lymphome) *Si oui, veuillez préciser:* _____ Oui Non

e) Diabète, colite ulcéreuse ou maladie de Crohn? *Si oui, veuillez préciser:* _____ Oui Non

f) Problèmes de reins, de poumons ou maladie du sang? *Si oui, veuillez préciser:* _____ Oui Non

g) Maladie de Chagas, babésiose ou leishmaniose? *Si oui, veuillez préciser:* _____ Oui Non

h) Spondylite ankylosante ou polyarthrite rhumatoïde? *Si oui, veuillez préciser:* _____ Oui Non

i) Maladies neurologiques (ex : maladie à prion telles que la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou autre encéphalopathies spongiformes), Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique? *Si oui, veuillez préciser:* _____ Oui Non

10. Avez-vous déjà eu une blessure au dos ou à la colonne vertébrale? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (suite)

ID Donneur EdgeCell : _____

Date : _____
(jj-mm-aaaa)

VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

11. Avez-vous des problèmes chroniques de dos? Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

12. Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments autres que des vitamines ou des contraceptifs oraux? Oui Non

Si oui, qu'avez-vous pris et pour quelle raison?

13. Êtes-vous allergique à des médicaments, à des aliments, au latex ou à d'autres substances? Oui Non

Si oui, veuillez énumérer ces allergies et leurs effets :

14. a) Avez-vous reçu un vaccin au cours des 3 derniers mois? Oui Non

b) Prévoyez-vous recevoir un vaccin au cours des 3 prochains mois? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

15. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une hépatite? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

16. Y a-t-il autre chose concernant votre état de santé qui vous préoccupe? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

17. Taille : _____ cm ou pi/po

Poids : _____ kg ou lb

18. POUR LES FEMMES :

a) Avez-vous déjà été enceinte? Oui Non

Si oui, l'avez-vous été au cours des 6 derniers mois? Oui Non

Nombre de grossesses (y compris les avortements spontanés ou volontaires) : _____

b) Êtes-vous enceinte présentement ou prévoyez-vous une grossesse au cours des 6 prochains mois? Oui Non

c) Est-ce que vous allaitez actuellement? Oui Non

Si oui, seriez-vous disposée à extraire du lait et l'entreposer avant l'anesthésie en vue d'une utilisation dans les 24 heures suivant l'anesthésie? Oui Non

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (suite)

ID Donneur EdgeCell : _____

Date : _____
(jj-mm-aaaa)

RISQUES DE MALADIES INFECTIEUSES

19. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle ou contacts étroits (cohabitation ou partage de la salle de bain ou de la cuisine) avec une personne qui a eu une hépatite? Oui Non
20. Au cours des 6 dernières semaines, avez-vous été en contact avec une personne infectée à la variole du singe? Oui Non
21. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle en échange d'argent ou de drogues? Oui Non
22. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui a eu une relation sexuelle en échange d'argent ou de drogues au cours des 12 derniers mois? Oui Non
23. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu la syphilis ou la gonorrhée ou avez-vous reçu un traitement pour ces maladies? Oui Non
24. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous injecté des drogues ou des médicaments (de façon intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée) pour des motifs non médicaux? Oui Non
25. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui s'est injectée des drogues ou des médicaments (de façon intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée) pour des motifs non médicaux au cours des 12 derniers mois? Oui Non
26. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été détenu dans un centre de détention pour jeunes contrevenants, une prison ou un pénitencier pendant plus de 72 heures consécutives? Oui Non
27. Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous fait tatouer ou percer les oreilles ou la peau, avez-vous eu des traitements d'électrolyse ou d'acupuncture, vous êtes-vous blessé(e) avec une aiguille contaminée avec du sang ou avez-vous été en contact avec le sang de quelqu'un d'autre? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

28. **POUR LES HOMMES** : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme? Oui Non
29. **POUR LES FEMMES** : 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? Oui Non
30. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne que vous saviez ou soupçonniez être infectée par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C? Oui Non
31. Avez-vous déjà eu un résultat positif à un test de dépistage du VIH ? Oui Non
32. Avez-vous déjà eu un résultat positif à un test de dépistage de l'hépatite B, de l'hépatite C ou du virus du lymphome humain à cellules T (HTLV I/II)? Oui Non

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (suite)

ID Donneur EdgeCell : _____

Date : _____
(jj-mm-aaaa)

33. Avez-vous déjà reçu des hormones de croissance hypophysaire d'origine humaine? Oui Non

34. Une maladie à prion (la maladie de Creutzfeldt-Jakob par exemple) a-t-elle été diagnostiquée chez un membre de votre parenté consanguine (parent, enfant, frère ou sœur)? Oui Non

35. Avez-vous déjà eu la malaria? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

36. Avez-vous déjà eu une mononucléose infectieuse ou contracté le virus Epstein-Barr? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

37. Avez-vous déjà eu:

a) Une greffe de dure-mère (enveloppe du cerveau)? Oui Non

b) Une transplantation d'organe? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

38. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été mordu(e) par un animal et traité(e) comme si l'animal avait la rage ? Oui Non

39. Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ou de produits sanguins? Oui Non

Si oui : date approximative : _____ *Nbre d'unités :* _____
(mois-année)

40. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous reçu une greffe de tissus humains? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

41. Avez-vous passé 1 mois consécutif ou plus en Amérique Latine incluant le Mexique? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

42. Êtes-vous né(e) en Amérique Latine incluant le Mexique ? Oui Non

43. Votre mère ou votre grand-mère maternelle est-elle née en Amérique Latine incluant le Mexique ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

44. Avez-vous voyagé ou résidé ailleurs qu'au Canada, États-Unis continentaux ou en Europe dans les 21 derniers jours? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui », précisez les destinations, les dates et la durée des séjours.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (suite)

ID Donneur EdgeCell : _____

Date : _____
(jj-mm-aaaa)

45. À l'exception des États-Unis, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada au cours des 3 dernières années? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui », précisez les destinations, les dates et la durée des séjours.

Mentionnez, le cas échéant, tout médicament utilisé contre la malaria.

46. Entre 1980 à 1996 inclusivement, avez-vous voyagé ou résidé au Royaume-Uni? (Angleterre, Irlande du Nord, Écosse, pays de Galles, île de Man et îles Anglo-Normandes) pour un total de 3 mois ou plus? Oui Non

47. Entre 1980 à 1996 inclusivement, avez-vous voyagé ou résidé en France pour un total de 3 mois ou plus? Oui Non

48. Entre 1980 à 1996 inclusivement, avez-vous voyagé ou résidé en Arabie Saoudite pour un total de 6 mois ou plus? Oui Non

49. Depuis 1980 inclusivement, avez-vous voyagé ou résidé en Europe de l'Ouest pour un total de 5 ans ou plus? Oui Non

50. Depuis 1980 inclusivement, avez-vous reçu une transfusion sanguine en Europe de l'Ouest? Oui Non

51. Au cours des 120 derniers jours, avez-vous été diagnostiqué ou suspecté d'être infecté par le Virus du Nil Occidental (VNO) ? Oui Non

SECTION CORONAVIRUS :

DANS LES 14 DERNIERS JOURS:

52. Avez-vous eu des symptômes de la COVID-19 tels que: fièvre, toux, difficulté à respirer, fatigue, douleurs musculaires, maux de tête, récente perte d'odorat ou de goût, mal de gorge, congestion ou nez qui coule, nausées/ vomissements, ou diarrhée? Oui Non

Si oui, indiquer la date de début des symptômes : _____

53. Avez-vous reçu un diagnostic ou une suspicion d'infection à la COVID-19 par un professionnel de la santé en raison de vos symptômes? Oui Non

Si oui, indiquer la date de début des symptômes : _____

54. Avez-vous reçu un résultat de test positif à la COVID-19, même en absence de symptômes? Oui Non

Si oui, indiquer la date : _____

55. Avez-vous vécu, vous êtes-vous occupé ou avez-vous été à proximité d'une personne ayant eu un diagnostic de COVID-19 ou suspectée d'être infecté par la COVID-19? Oui Non

Si oui, indiquer la date du dernier contact : _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (suite)

ID Donneur EdgeCell : _____

Date : _____
(jj-mm-aaaa)

56. Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la COVID-19?

Oui Non

Si oui, indiquer le **fabricant** et la **date** du dernier vaccin : _____

COMMENTAIRES ADDITIONNELS

J'ai répondu à toutes les questions avec sincérité et honnêteté.

J'ai lu et compris le *Guide à l'intention des donneurs potentiels* et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels de la manière décrite à ce guide. Je comprends l'information expliquant comment le VIH (virus du SIDA) et les hépatites B et C peuvent être transmis à un receveur et m'abstiendrai de faire un don s'il y a un risque que je puisse transmettre le VIH ou une hépatite. Je comprends que mon sang sera soumis à des tests de dépistage du VIH et d'autres agents infectieux. Je comprends que tout résultat positif me sera communiqué et pourrait être transmis aux autorités de la santé publique, le cas échéant.

Je comprends que les informations que je fournis dans ce questionnaire seront communiquées au registre responsable de la greffe du receveur pour lequel je consens à faire un don et que le receveur potentiel de mes cellules souches pourrait être informé des risques de transmission de maladie qui leur sont associés, le cas échéant.

Je comprends que le centre de greffe pourrait conserver mes échantillons de sang pour une durée indéterminée afin de réaliser d'autres tests de typage HLA, de groupage sanguin ou de dépistage de maladies infectieuses dans le cadre du processus concernant la greffe destinée à ce receveur.

Signature du donneur : _____ Date (jj-mm-aaaa) : _____

Nom en lettres moulées : _____

Entretien téléphonique réalisé par : _____ Date (jj-mm-aaaa) : _____

À usage interne seulement

Double vérification effectuée par : _____ Date (jj-mm-aaaa) : _____