

# Mobilisation autour de Florian

## QUESTIONNAIRE D'APTITUDE MEDICALE AU DON DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES (INSCRIPTION ET MAINTIEN SUR LE FICHIER)

A compléter par le médecin lors de l'entretien médical

Nom de naissance:

Nom d'usage:

Date de naissance :

Prénoms :

Profession :

Poids :

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (Kg)}}{\text{Taille x taille (m)}} =$$

Taille :

Nombre de grossesses :

Transfusions :

Donneur de sang :

oui

non

Comment avez-vous eu connaissance du don de moelle ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entourage                     | <input type="checkbox"/> Recrutement actif |
| <input type="checkbox"/> Association                   | <input type="checkbox"/> Presse / media    |
| <input type="checkbox"/> Info Centre donneur de sang   | <input type="checkbox"/> Marketing direct  |
| <input type="checkbox"/> Info Centre donneur de moelle | <input type="checkbox"/> Inconnu           |
| <input type="checkbox"/> Autre                         |  |

### IMPORTANT

#### NE REPRESENTENT PAS UNE CONTRE-INDICATION A L'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NATIONAL DE DONNEURS DE MOELLE OSSEUSE

- ➔ les antécédents de transfusion sanguine : absence de chaîne de transmissibilité,
- ➔ les petits poids (< 50 Kg) : donneurs susceptibles de donner à des patients pédiatriques ou de poids similaire,
- ➔ les tatouages (sauf étendus en zone lombo-sacrée), piercing, endoscopie, antécédent de toxicomanie par voie nasale : l'information sera transmise aux centres greffeurs, si ces donneurs sont sollicités dans les 4 mois qui suivent l'événement.

#### **REPONSES SUSCEPTIBLES DE REPRESENTER UNE CONTRE-INDICATION**

A l'issue de l'entretien médical, une réponse positive peut générer :

- une inscription
- un complément d'information médicale
- une exclusion à l'un des deux types de prélèvement
- une récusation

Ces décisions doivent être motivées et expliquées au volontaire au don.

#### PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

Affections cardiaques sévères	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle même équilibrée sous traitement	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents de phlébite (avec traitement anticoagulant)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Terrain variqueux symptomatique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents d'embolie pulmonaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux répétés de phlébite ou d'embolie pulmonaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

#### PATHOLOGIES BRONCHO-PULMONAIRES

Asthme modéré à sévère nécessitant un traitement chronique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire chronique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

#### PATHOLOGIES METABOLIQUES

Déficit héréditaire enzymatique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Obésité (IMC > 35) (à discuter chez le sportif)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Nom et prénom du donneur : .....

### **PATHOLOGIES NEURO-ENCEPHALIQUES**

Maladie du système nerveux central	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pathologie neuro-musculaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Épilepsie traitée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale du système nerveux central	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents d'hyperthermie maligne (personnel ou familial)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux de la maladie de Creutzfeld-Jacob ou du nouveau variant	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### **PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES**

Diabète traité (par insuline ou anti-diabétique oraux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Affections thyroïdiennes (hyperthyroïdie, thyroïdites)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents de traitement		
- par hormone de croissance d'origine humaine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- par gonadotrophines chorioniques humaines <u>d'origine hypophysaire</u>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### **PATHOLOGIES DIGESTIVES**

Reflux Gastro Oesophagien chronique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Gastroplastie (anneau gastrique)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### **ANTECEDENTS**

Pathologie carcinologique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Greffe d'organe ou de tissu (dure-mère, cornée...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### **ALLERGIES**

Affections allergiques nécessitant un traitement chronique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allergie sévère à type d'œdème de Quincke, choc anaphylactique ou urticaire géant (quelle que soit l'origine du produit)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### **DIVERS**

Antécédents de lumbago sévère, de hernies discales (cervicales, dorsales et lombaires)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédents de sciatalgies invalidantes		
Maladie auto-immune	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Anomalies caryotypiques connues	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Traitement régulier par :		
- des anti-agrégants, anti-coagulants	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- des anti-dépresseurs, neuroleptiques	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Séjour de plus d'un an cumulé dans les îles britanniques entre 1980 et 1996 ? (Contre-indication UNIQUEMENT pour l'INSCRIPTION d'un nouveau donneur)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Antécédent de crise de paludisme (Contre-indication UNIQUEMENT pour l'INSCRIPTION d'un nouveau donneur)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Situation à risque (relations sexuelles entre hommes, partenaires multiples, toxicomanie intra-veineuse...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Glaucome à angle fermé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pathologie hématologique (thalassémie, même mineure, coagulopathie...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Grossesse en cours ou accouchement depuis moins de 6 mois	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allaitement en cours	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Nom et prénom du donneur : .....

- Affections de la cage thoracique OUI  NON
- Affections de la colonne vertébrale, lombalgies récidivantes OUI  NON
- Surcharge pondérale ( $25 < \text{IMC} \leq 35$ ) OUI  NON
- Difficultés d'abord veineux (don de CSP) OUI  NON
- Anomalies de la filière ORL et du cou OUI  NON
- Toxicomanie nasale OUI  NON
- Antécédents d'emprisonnement OUI  NON
- (inscription possible 4 mois et au delà après la sortie)
- Réactions allergiques modérées OUI  NON
- Si oui, préciser la substance concernée : .....
- Antécédents anesthésiques OUI  NON
- date et raison : .....
- Y-a-t-il eu un problème anesthésique ? (si oui, préciser)..... OUI  NON
- .....
- Séjours en zones à risque infectieux (Paludisme, Chagas, Virus du Nil... ) OUI  NON
- Date et lieu : .....
- Traitement médicamenteux en cours (si oui, préciser) : ..... OUI  NON
- .....
- Hospitalisation dans les 12 derniers mois (si oui, préciser) : ..... OUI  NON
- .....
- Membre de la famille atteint d'une pathologie hématologique à type de leucémie ou myélodysplasie ..... OUI  NON
- Si oui, préciser- la pathologie : .....
- le lien de parenté : .....

Nom du médecin: \_\_\_\_\_

Donneur déclaré:  APTE au don       de moelle osseuse       de CSP  
 INAPTE au don       de moelle osseuse       de CSP

Commentaires / argumentation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

cachet :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



**Questionnaire à renvoyer à :**

Secrétariat DVMO

Etablissement français du sang de Grenoble  
29, Avenue Maquis du Grésivaudan  
38700 LA TRONCHE



## ENGAGEMENT VOLONTAIRE INITIAL AU DON DE MOELLE OSSEUSE

Je suis volontaire pour être donneur de moelle osseuse en faveur d'un(e) malade qui ne m'est pas apparenté(e) et qui n'a pas de donneur dans sa famille, où qu'il se trouve dans le monde. Je suis âgé(e) de 18 à 50 ans.

J'accepte de me soumettre à une prise de sang, en vue de la détermination de mon groupage tissulaire. Je serai alors inscrit(e) sur le Registre National de donneurs de moelle osseuse "France Greffe de Moelle" de l'Agence de la biomédecine. Un prélèvement biologique sera conservé (congélation) dans un but scientifique, en lien avec le don que je suis susceptible d'effectuer.

A ma demande, j'obtiendrai tous les renseignements contenus dans mon dossier.

J'ai pris connaissance que :

- Ce don est volontaire, anonyme et gratuit ;
- Le prélèvement sera, selon la demande du médecin greffeur et avec mon accord :
  - ➔ **soit un prélèvement de moelle osseuse** qui se fera sous anesthésie générale, laquelle sera validée par l'anesthésiste de l'hôpital assurant le prélèvement ;
  - Je serai donc hospitalisé(e) et aurai, s'il y a lieu, une période d'arrêt de travail déterminée par le corps médical ;
- ➔ **soit un prélèvement de cellules souches périphériques** qui se fera après injections d'un médicament destiné à stimuler la moelle osseuse et prescrit par un médecin hématologue ;
  - Le prélèvement se fera dans un centre de cytophèrese ;
  - Les frais, inhérents à l'organisation de ce prélèvement, seront pris en charge par l'hôpital préleveur ;
  - Je ne chercherai jamais à connaître le patient qui aura reçu les cellules de ma moelle osseuse ;
  - Je pourrai, exceptionnellement, être sollicité(e) dans un avenir plus ou moins proche, pour un second don de moelle osseuse ou de cellules sanguines périphériques, pour le bénéfice du même patient ;
  - Je dois signaler tout changement d'adresse ou d'état civil, afin de pouvoir être joint rapidement en cas de compatibilité avec un patient.

Je m'engage donc à devenir donneur de moelle osseuse et/ou de cellules souches périphériques et à le rester, si possible, jusqu'à l'âge de 60 ans. Je sais que cet engagement reste révoquant à tout moment.

A \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DONNEUR

MEDECIN AYANT INFORME LE DONNEUR

Signature :

Nom :

Signature :

Renseignements à fournir (en caractères d'imprimerie)

Nom d'usage :

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Tél personnel : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> adresse (parents, amis...) :

Nom :

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_