

À compléter pour une inscription manuelle (sections appropriées seulement)

Collecte : _____ Date : ____ / ____ / ____
Heure : ____ H ____

N° ID BLIS ou PROGESA : _____ N° ID de la SCS : _____

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Nom à la naissance : _____

Sexe : F M Type de prél. _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Langue : Français Anglais Nb de dons antérieurs : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone (maison) : () - _____ Téléphone (travail) : () - _____

11. a) Est-ce que votre dernier don a été effectué dans une autre province canadienne ? Oui Non
- b) Vous êtes-vous déjà inscrit(e) à une collecte de sang sous un nom différent ? Oui Non
- c) Entre le 1^{er} décembre et 31 mai : Au cours des 56 derniers jours, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ? Oui Non
- paraphe _____

Modifications (au besoin) :

- Nom à la naissance Nom de famille Prénom Sexe
 Date de naissance Adresse Ville
 Code Postal Téléphone (maison) Téléphone (travail)

- « Missing » AVEC carte « Missing » SANS carte

Donneur identifié par : _____

- 9004 (Donn. + 61 ans) Demande de nouvelle carte

9100 AAS (2a)

9010 ATCD (6d)

3700 Chagas (9c, d, e)

SECTION À COMPLÉTER PAR LE DONNEUR

Information : Êtes-vous ? 1. Arabe 2. Asiatique 3. Autochtone 4. Blanc(he)
 5. Indien(ne) d'Asie 6. Latino-américain(e) 7. Noir(e) 8. Autre

OUI NON

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. a) Vous sentez-vous bien aujourd'hui ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Aujourd'hui, avez-vous le rhume, la grippe, mal à la gorge, de la fièvre, une infection ou des allergies ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. a) Au cours des 3 derniers jours, avez-vous pris des médicaments ou des drogues (pilules, y compris de l'Aspirine ou injections) autres que des vitamines ou des contraceptifs oraux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Au cours des 3 derniers jours, avez-vous eu un traitement dentaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. a) Au cours du dernier mois, avez-vous pris : Cyclomen (Danazol), Proscar ou Propecia (Finastéride), Accutane ou Clarus (Isotrétinoïne), Toctino (Alitrétinoïne) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Au cours des 3 derniers mois, avez-vous reçu un vaccin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. a) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous consulté un médecin (problème de santé, chirurgie ou traitement) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris : Avodart ou Jalyn (Dutastéride) ou Méthotrexate/Métoject ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. a) Au cours des 6 derniers mois : Vous êtes-vous fait tatouer, percer les oreilles ou la peau ? Avez-vous eu des traitements d'électrolyse ou d'acupuncture ? Vous êtes-vous blessé(e) avec une aiguille ? Avez-vous été en contact avec le sang de quelqu'un d'autre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une greffe ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu un vaccin contre la rage ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu ou avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne qui a eu l'hépatite ou la jaunisse ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Dans le cadre de votre emploi actuel ou d'un ancien emploi, avez-vous déjà soigné ou manipulé des singes ou été en contact avec leurs liquides corporels ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. a) Avez-vous déjà pris Tegison (Etrétinate) ou Soriatane (Acitrétine) pour soigner une maladie de la peau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Avez-vous déjà pris de l'hormone de croissance humaine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Avez-vous déjà eu une greffe de dure-mère (enveloppe du cerveau) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) (Pour les femmes) Avez-vous déjà été enceinte, incluant les fausses couches, avortements ou grossesses ectopiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous déjà eu un des problèmes suivants : | | |
| a) jaunisse (sauf à la naissance), hépatite ou maladie du foie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) épilepsie, coma, thrombose cérébrale, convulsions ou pertes de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) problèmes cardiaques, problèmes de pression artérielle ou opération pour le cœur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) cancer, diabète, colite ulcéreuse ou maladie de Crohn ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) problème de reins, de poumons ou maladie du sang ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) maladie de Chagas, babésiose ou leishmaniose ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Est-ce que la maladie de Creutzfeldt-Jakob a été diagnostiquée chez un membre de votre parenté consanguine (parents, enfant, frère ou sœur) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. a) Avez-vous déjà eu la malaria (paludisme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Au cours des 3 dernières années, êtes-vous allé(e) ailleurs qu'au Canada, aux États-Unis ou en Europe ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Êtes-vous né(e) à l'extérieur du Canada ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Votre mère ou grand-mère maternelle sont-elles nées à l'extérieur du Canada ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Avez-vous voyagé ou résidé 30 jours consécutifs ou plus en Amérique latine, incluant le Mexique (voir liste des pays) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Au cours du dernier mois, avez-vous subi un test pour le VIH (virus du SIDA) à l'exception du test effectué lors d'un don de sang ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. a) Avez-vous voyagé ou résidé au Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Île de Man, Îles Anglo-Normandes), au total 30 jours ou plus, entre 1980 et 1996 inclusivement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Avez-vous voyagé ou résidé en France, au total 3 mois ou plus, entre 1980 et 1996 inclusivement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Avez-vous voyagé ou résidé en Europe de l'Ouest, au total 6 mois ou plus, depuis 1980 (inclure dans votre calcul les séjours effectués au Royaume-Uni et en France entre 1980 et 1996 inclusivement) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Avez-vous voyagé ou résidé en Arabie Saoudite, au total 6 mois ou plus, entre 1980 et 1996 inclusivement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Avez-vous reçu une transfusion sanguine (sang, globules rouges, plaquettes ou plasma) en Europe de l'Ouest (y compris le Royaume-Uni et la France) depuis 1980 inclusivement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait de la prison ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RÉSERVÉ À HQ

DOSSIER DU DON DE SANG

Numéro de don

LÉSIONS AU SITE DE PONCTION	TEMPÉRATURE	T.A.	Hb / Ht	POULS
G <input type="checkbox"/> OUI D <input type="checkbox"/> NON	1. _____ 2. _____ paraphe _____	1. / Avisé <input type="checkbox"/> 2. / Avisé <input type="checkbox"/> paraphe _____	Avisé <input type="checkbox"/>	

SECTION À COMPLÉTER EN PRÉSENCE DU PERSONNEL D'HÉMA-QUÉBEC		OUI	NON	RÉSERVÉ À HQ
14. a) Avez-vous le SIDA ou avez-vous déjà eu un résultat positif à un test du VIH ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous déjà eu la syphilis ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Vous êtes-vous, même une seule fois, injecté des drogues ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Depuis 1977, avez-vous accepté de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Question s'adressant aux hommes : Depuis 1977, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme, même une seule fois ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Avez-vous déjà reçu des facteurs de coagulation pour un problème de saignement comme l'hémophilie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui a le SIDA ou qui a eu un résultat positif à un test du VIH ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. a) Êtes-vous né(e) ou avez-vous habité depuis 1977 dans un des pays suivants : Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, Guinée équatoriale, Gabon, Niger ou Nigéria ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Si vous avez voyagé dans un de ces pays depuis 1977, avez-vous reçu une transfusion sanguine ou tout autre traitement médical comportant un produit fait à partir de sang ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne qui est née ou qui a habité depuis 1977 dans un de ces pays ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous injecté des stéroïdes anabolisants (sports) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Question s'adressant aux femmes : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme qui a déjà eu une relation sexuelle avec un homme, même une seule fois depuis 1977 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui s'est déjà injectée des drogues ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné de l'argent ou des drogues pour avoir une relation sexuelle ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui a obtenu de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu la gonorrhée ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins pour quelque raison que ce soit, comme un accident ou une opération ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris de la cocaïne intranasale ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec une personne qui a reçu des facteurs de coagulation ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec quelqu'un dont vous ne connaissez pas le passé sexuel ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

J'ai lu et compris le dépliant « Ce que vous devez savoir ». J'ai compris l'information expliquant comment le VIH (virus du SIDA) et les hépatites B et C peuvent être transmis à un patient par le sang qui lui est transfusé. Je m'abstiendrai de donner mon sang s'il y a un risque que je puisse transmettre le VIH ou une hépatite. Je suis au courant des incidents et malaises pouvant survenir lors d'un don de sang ainsi que des précautions à prendre après celui-ci. Je sais également que différents tests seront effectués sur mon sang. J'ai répondu honnêtement à toutes les questions du présent dossier du don de sang. En donnant mon sang, j'accepte qu'il soit utilisé conformément aux décisions d'Héma-Québec. J'accepte de soumettre toute réclamation découlant de mon don aux tribunaux du Québec, à l'exclusion des autres tribunaux, et la loi du Québec s'appliquera à une telle réclamation.

Signature du donneur _____

J J - M M - A A A A

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE
(Entrevue et techniques)

DONNEUR
Apposez votre étiquette
ICI

INTERDICTION	ÉCHANTILLON <input type="checkbox"/>	PRODUITS FINAUX SUR TRIMA ACCEL	PLASMA PAR APHÉRÈSE (PCS2)
Date de début _____	Code _____	Date de fin _____	Volume anticoagulant _____ mL
		th <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 pc <input type="checkbox"/> cg <input type="checkbox"/>	

DÉBUT PRÉLÈVEMENT	DERNIER TUBE PRÉLEVÉ	Commentaires
Heure : _____	0 - Aucun tube	
Bras _____ Paraphe _____	1 - Tube mauve (à jeter)	
G _____ D _____	2 - Tube mauve (à jeter) 3 - Tube rouge 4 - Tube mauve (back-up) 5 - Tube blanc (B19)	
N° ÉQUIPEMENT	FIN PRÉLÈVEMENT	
	Heure : _____ paraphe _____	
TYPE DE DISPOSITIF	ÉTIQUETAGE COMPLET	
	Signature _____	

MISE EN BOÎTE			<input type="checkbox"/> Données saisies par PCS _____ (paraphe) par GDD _____ (paraphe)
Heure : _____	N° de boîte : _____	Signature _____	