

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

A compléter par le médecin lors de l'entretien médical **À REMPLIR PAR LE DONNEUR
TOUT DE MÊME**

Nom de naissance:

Nom d'usage:

Date de naissance :

Prénoms :

Profession :

Poids :

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

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 récurrentes 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 _____

A remplir
par
le médecin
lors du
recrutement