Document de préparation à l'entretien préalable au don de sang

Merci de répondre avec sincérité à ce questionnaire : toutes les questions qui vous sont posées sont motivées par un enjeu de sécurité, la vôtre comme celle des patients qui recevront votre sang.

Prenez le temps nécessaire pour le compléter avec soin. Si vous avez le moindre doute sur une réponse, cochez la case « Je ne sais pas ». L'ensemble des questions sera abordé avec le médecin ou l'infirmier(e) spécialement habilité(e) à mener **l'entretien préalable au don qui est la prochaine étape** de votre parcours. Ce questionnaire, qui servira de fil conducteur à l'entretien, sera détruit après votre don.

Les informations recueillies pendant l'entretien sont confidentielles et soumises au secret professionnel.

À l'issue de cet entretien :

- Si vous pouvez donner votre sang, il vous sera demandé de signer un consentement au prélèvement : n'hésitez pas à poser, au préalable, toutes les questions que vous souhaitez. Sachez aussi que, tout au long du parcours, vous pourrez poser des questions, voire interrompre votre don sans aucune justification.
- Si vous ne pouvez pas donner votre sang, les raisons vous en seront expliquées. Une date à laquelle vous pourrez revenir vous sera éventuellement proposée.

Un grand merci pour le temps que vous consacrez au don, acte solidaire, utile et irremplaçable.

NE DONNEZ PAS VOTRE SANG si vous pensez avoir besoin d'un test de dépistage : le médecin ou l'infirmier(e) peut vous indiquer où vous adresser pour cela.

A - ÉTAT DE SANTÉ POUR POUVOIR DONNER DU SANG

1 Vous sentez-vous en forme pour donner votre sang ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

2 Avez-vous :

- **A** Consulté un médecin dans les 4 derniers mois ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
- **B** Réalisé des examens de santé (bilan biologique, radiographies...) dans les 4 derniers mois ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
- **C** Pris (ou prenez-vous actuellement) des médicaments (même à titre préventif) ? Si oui, quand et lesquels ? _____ ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
- **D** Eu une injection de désensibilisation pour allergie dans les 15 derniers jours ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

3 Avez-vous été vacciné(e) :

- **A** Contre l'hépatite B ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
- **B** Contre d'autres maladies dans le dernier mois ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
- **C** Contre le tétanos dans les 2 dernières années (rappel) ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

4 Avez-vous eu récemment des saignements (du nez, des hémorroïdes, des règles abondantes) ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

5 Avez-vous ressenti dans les jours ou semaines qui précèdent une douleur thoracique ou un essoufflement anormal à la suite d'un effort ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

6	**Avez-vous été traité(e) dans les 3 dernières années pour un psoriasis important ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
7	**Avez-vous une maladie qui nécessite un suivi médical régulier ?** **Si oui, laquelle ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
8	**Avez-vous prévu une activité avec efforts physiques (sportive, professionnelle...) juste après votre don ? Si oui, laquelle :**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

Au cours de votre vie

9	**Avez-vous déjà consulté un cardiologue ?** **Si oui pourquoi ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
10	**Avez-vous déjà été opéré(e) ou hospitalisé(e) ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
11	**Avez-vous eu de l'asthme, une réaction allergique importante, notamment lors d'un soin médical ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
12	**Avez-vous une maladie de la coagulation du sang ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
13	**Avez-vous eu une anémie, un manque de globules rouges, un traitement pour compenser un manque de fer ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
14	**Avez-vous eu un diagnostic de cancer (y compris mélanome, leucémie, lymphome...) ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
15	**Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire, des crises d'épilepsie, des convulsions (en dehors de l'enfance), des syncopes répétées ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

Pour les femmes

16	**Êtes-vous actuellement enceinte ou l'avez-vous été dans les 6 derniers mois ?** **Précisez le nombre de grossesses que vous avez eues au cours de votre vie :**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

B - RISQUES DE TRANSMISSION D'AGENT INFECTIEUX PAR LE SANG

Les voyages, les soins ou traitements reçus, les antécédents familiaux, certaines pratiques (les vôtres ou celles de votre partenaire) sont autant de circonstances qui peuvent vous avoir exposé(e) à des agents infectieux transmissibles par le sang, notamment (mais pas seulement) le VIH, les virus des hépatites B ou C, certains virus saisonniers (arboviroses), l'agent du paludisme, des bactéries...

Les questions qui suivent explorent ces situations.

En fonction de vos réponses, votre don pourra faire l'objet de tests complémentaires, ou bien nous vous demanderons de le différer. En effet, même pour les agents infectieux systématiquement dépistés sur chaque don, comme par exemple le VIH, il existe une période de quelques jours, juste après la contamination, appelée « fenêtre silencieuse ». Si le don a lieu pendant cette période, le test de dépistage ne peut pas encore détecter l'infection recherchée. Pourtant l'agent infectieux est déjà présent dans le sang et l'infection risque d'être transmise au patient lors de la transfusion.

Lisez attentivement toutes les questions. Lors de l'entretien préalable au don, vous pourrez aborder, en toute confidentialité ces sujets, ou d'autres, si vous estimez vous trouver dans une situation particulière non envisagée par ce questionnaire, et ainsi compléter vos réponses ou recevoir les explications souhaitées.

En répondant avec sincérité à ces questions, que vous puissiez ou non donner votre sang aujourd'hui, vous devenez plus qu'un donneur : vous êtes un acteur engagé au service de la santé. C'est avec et grâce à vous que les dons de sang peuvent être effectués en toute sécurité pour les malades auxquels ils sont destinés.

B1 - Risques liés aux voyages et séjours à l'étranger

17	**Avez-vous voyagé au moins une fois dans votre vie hors du continent européen ?** **Si oui, précisez : ○ Amérique du Nord, ○ Amérique Centrale ou du Sud, ○ Asie, ○ Afrique, ○ Océanie**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
18	**Si vous avez déjà voyagé, avez-vous séjourné dans les 3 dernières années hors du continent européen (<u>même pour une escale</u>) ?** **Si oui, précisez le(s) pays :**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
19	**Avez-vous déjà fait une crise de paludisme (malaria) ou une fièvre inexpliquée pendant ou après un séjour dans un pays où sévit le paludisme ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
20	**Avez-vous voyagé hors de la France métropolitaine durant le dernier mois (<u>même pour une escale</u>) ?** **Si oui, précisez où :**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

21	**Avez-vous séjourné (plus d'un an cumulé) au Royaume-Uni entre 1980 et 1996 ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
22	**Avez-vous eu un diagnostic de maladie de Chagas ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
23	**Votre mère est-elle née en Amérique du sud, en Amérique centrale ou au Mexique ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

B2 - Risques liés à des soins reçus ou à certains antécédents médicaux

24	**Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 7 derniers jours ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
25	**Avez-vous eu de la fièvre (> 38 °C), un problème infectieux dans les 15 derniers jours ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
26	**Avez-vous eu une lésion ou une infection de la peau dans les 15 derniers jours ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
27	**Avez-vous été en contact avec une personne ayant une maladie contagieuse au cours du dernier mois ?** **Si oui, quelle maladie ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
28	**Avez-vous fait un tatouage ou un piercing (y compris percement d'oreilles) dans les 4 derniers mois ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
29	**Avez-vous été en contact avec du sang humain par piqûre, plaie ou projection dans les 4 derniers mois ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
30	**Avez-vous été traité(e) par acupuncture, mésothérapie ou pour une sclérose des varices dans les 4 derniers mois ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
31	**Avez-vous eu une endoscopie (fibroscopie, gastroscopie, coloscopie...) dans les 4 derniers mois ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
32	**Avez-vous eu plusieurs infections urinaires au cours des 12 derniers mois ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

Au cours de votre vie

33	**Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ou une greffe d'organe ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
34	**Avez-vous eu une greffe de cornée ou de dure-mère ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
35	**Avez-vous reçu un traitement par hormone de croissance avant 1989 ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
36	**Un membre de votre famille a-t-il été atteint d'une maladie de Creutzfeldt-Jakob, maladie de Gertsmann-Sträussler-Scheinker, insomnie fatale familiale ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

B3 - Risques de transmission d'agents infectieux liés à une exposition par voie sanguine ou sexuelle

37	**Avez-vous déjà été testé positif pour le VIH (virus du SIDA), pour le VHB (virus de l'hépatite B), pour le VHC (virus de l'hépatite C) ou le virus HTLV ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
38	**Pensez-vous avoir besoin d'un test de dépistage pour le VIH, le VHB, le VHC ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
39	**À votre connaissance, une personne de votre entourage est-elle porteuse de l'hépatite B ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
40	**Avez-vous déjà utilisé, par voie injectable, des drogues ou des substances dopantes non prescrites par un médecin (<u>même une seule fois</u>) ?**	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

Dans les quatre derniers mois,

	A	Avez-vous eu plus d'un (une) partenaire sexuel(le)* ?	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
	B	À votre connaissance, votre partenaire a-t-il (elle) eu un(e) autre partenaire sexuel ?	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
41	**C**	Avez-vous eu une infection sexuellement transmissible (infection à Chlamydia ou Gonocoque, Herpès génital, Syphilis par exemple) ?	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas
	D	À votre connaissance, votre partenaire a-t-il (elle) eu une infection sexuellement transmissible (infection à Chlamydia ou Gonocoque, Herpès génital, Syphilis par exemple) ?	◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

42 **Avez-vous eu un rapport sexuel en échange d'argent ou de drogue dans les 12 derniers mois ?** ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

Pour les hommes

43

A Avez-vous eu dans les 4 derniers mois, un rapport sexuel avec un autre homme ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

B Si vous avez répondu oui à la question précédente, avez-vous eu plus d'un partenaire masculin dans les 4 derniers mois ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

Pour les femmes

44 **Avez-vous eu, un rapport sexuel avec un homme qui, à votre connaissance, a eu un rapport sexuel avec un autre homme dans les 4 derniers mois ?** ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

Dans les 12 derniers mois

Avez-vous eu un rapport sexuel avec un(e) partenaire qui, à votre connaissance :

45

A Est infecté(e) par le VIH, le VHC, le VHB ou l'HTLV ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

B A utilisé, par voie injectable, des drogues ou des substances dopantes non prescrites par un médecin ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

C A eu un rapport sexuel en échange d'argent ou de drogue ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

**** sauf pour les relations exclusivement entre femmes***

Que vous puissiez ou non donner votre sang aujourd'hui, merci d'en avoir fait la démarche

Les informations recueillies et qui vous sont demandées notamment à l'occasion du questionnaire préalable au don, de l'entretien préalable au don ainsi que du don de sang, font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel par l'EFS, en tant que responsable de traitement. L'EFS traite également les données provenant des résultats de qualification biologique du don. Le siège de l'EFS se situe 20 avenue du Stade France, 93218 La Plaine Saint-Denis Cedex. Ces traitements sont destinés à permettre la gestion des donneurs et des receveurs de sang. La durée de conservation des données est imposée de manière légale à l'EFS et varie selon les données de 5 à plus de 30 ans. Seules les personnes autorisées ont accès aux données collectées. Conformément aux lois et règlements en vigueur en matière de protection des données et à condition de justifier de votre identité, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également à tout moment retirer votre consentement au traitement des données vous concernant. Enfin, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'EFS en vous adressant au Directeur de l'établissement de transfusion sanguine de la région dont dépend le site de collecte. L'EFS a désigné un délégué à la protection des données DPO - que vous pouvez contacter en envoyant un message à l'adresse suivante : efs.dpo@efs.sante.fr. Si l'EFS est dans l'impossibilité de faire droit à votre demande, il motivera sa décision et vous en informera dans les meilleurs délais. L'EFS prend les mesures appropriées afin d'assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles relatives aux personnes concernées par les traitements.

Questionnaire métropole - PSL/COL/DC/FO/001 - version N°11 - Avril 2020 - EFS Siège