**COORDONNÉES DU CENTRE DONNEUR**

*Adresse du centre donneur :*

*Nom et prénom du médecin ou* *la personne qualifiée :*

**INFORMATIONS SUR LE DONNEUR**

*Nom et prénom du donneur :*

*Date de naissance : Groupe sanguin (si connu) :*

*N° de registre national/n° de carte d’identité :*

*Adresse complète du donneur :*

*Coordonnées du donneur :*

*Tél. domicile : Tél. lieu de travail :*

*GSM :*

*Adresse e-mail :*

*Mode de recrutement :*

*Entourage / association / site Web / infos donneur de sang / presse / inconnu / autre :*

*Je :* [ ]  *souhaite être convié(e) en tant que donneur de sang, de plasma ou de plaquettes ;*

 [ ]  *ne souhaite PAS être convié(e) en tant que donneur de sang, de plasma ou de plaquettes ;*

 [ ]  *sans objet.*

Appartenance ethnique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AFNA | Africain : l'Afrique du Nord (le Maroc, l'Algérie, la Libye, la Tunisie, l'Egypte, le Sahara occidental) | [ ]  |
| AFSS | Africain : l'Afrique subsaharienne | [ ]  |
| ASSW | Asiatique : l'Asie du Sud-Ouest (le Moyen-Orient, la Turquie) | [ ]  |
| ASSO | Asiatique : l'Asie du Sud (l'Inde, le Pakistan, le Bangladesh, le Sri Lanka, le Bhoutan, le Népal) | [ ]  |
| ASCE | Asiatique : l'Asie centrale (la Russie orientale, le Kazakhstan, l'Ouzbékistan, le Kirghizstan, le Tadjikistan) | [ ]  |
| ASSE | Asiatique : l'Asie du Sud-Est (la Chine, la Mongolie, le Myanmar, le Laos, le Cambodge, la Thaïlande, le Vietnam, le Taiwan) | [ ]  |
| ASNE | Asiatique: l'Asie du Nord et du Nord-Est (le Japon, la Corée du Nord, la Corée du Sud) | [ ]  |
| ASOC | Asiatique : l'Océanie (les îles du Pacifique en dehors du Japon, de l'Australie, de Taïwan, de Sakhaline et des îles Aléoutiennes) | [ ]  |
| CAEU | Caucasien : l'Europe continentale, le Groenland, l'Islande, la Russie occidentale | [ ]  |
| CAER | Caucasien : l'Extrême-Orient russe | [ ]  |
| CANA | Caucasien : l'Amérique du Nord (les États-Unis, le Canada, le Mexique) | [ ]  |
| CAAU | Caucasien : l'Australie (l'Australie, la Nouvelle-Zélande) | [ ]  |
| HICA | Latino : l'Amérique centrale, les Caraïbes | [ ]  |
| HISA | Latino : l'Amérique du Sud | [ ]  |
| MX | Origine mixte | [ ]  |
| OT | Autres : ……………………………………………….. | [ ]  |
| UK | Je ne sais pas. | [ ]  |
| NA | Je préfère ne pas partager cela. | [ ]  |

En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez avoir pris connaissance du présent document. Veuillez également indiquer ci-dessous si vous êtes d’accord avec chaque énoncé.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je souhaite me porter volontaire pour faire un don de cellules souches à un patient belge ou international avec qui je n’ai aucun lien de parenté et n’ayant aucun donneur compatible dans son cercle familial. Par les présentes, je donne mon consentement volontairement et spontanément.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’ai lu et compris la lettre d’information en vue de l’enregistrement des donneurs volontaires de cellules souches.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’ai eu l’occasion de poser des questions, et les réponses apportées m’ont satisfaites. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’ai reçu suffisamment d’informations au sujet des objectifs, des méthodes, des risques potentiels et des avantages de cette méthode de recueil de cellules souches.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je suis au courant que ces cellules souches peuvent être prélevées soit dans le sang soit dans la moelle. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’ai reçu une quantité satisfaisante d’informations concernant la stimulation par G-CSF et l’anesthésie, ainsi que leurs possibles effets indésirables. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je donne mon autorisation pour que, si les cellules souches apparaissant dans le sang après l’administration de G-CSF sont en quantité insuffisante, l’on me prélève de la moelle osseuse sous anesthésie en salle d’opération. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais qu’une hospitalisation de 36 à 48 heures peut être nécessaire en cas d’anesthésie. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Si je suis sélectionné(e) en vue d’un don pour un patient, je sais que des analyses complémentaires seront réalisées afin de déterminer notre compatibilité HLA et que l’on déterminera si j’ai été infecté(e) par certains virus.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je suis au courant que, quelques semaines avant le prélèvement des cellules souches, je passerai un examen médical constitué d’une anamnèse, d’un examen clinique et d’une analyse de sang comprenant notamment des tests sanguins afin d’exclure une infection. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je suis au courant de l’existence de maladies infectieuses (VIH, hépatite) et de la transmission du donneur au patient. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que l’on m’informera en cas de résultat anormal et que tous les résultats seront communiqués au médecin chargé de la greffe et au patient.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que j’ai le droit de retirer « à tout moment » mon consentement au don de cellules souches sans avoir à me justifier. J’ai conscience qu’une telle décision dans les jours qui précèdent le prélèvement peut s’avérer fatale pour le patient à qui les cellules souches ont été destinées. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| En cas de retrait définitif ou temporaire de ma candidature ou en cas de changement d’adresse, je m’engage à en avertir le centre donneur, dont les coordonnées figurent ci-dessus.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je suis au courant que, dans une minorité de cas, un deuxième prélèvement (cellules souches ou lymphocytes) peut être demandé dans les semaines, mois ou années qui suivent le premier prélèvement.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que les cellules souches seront également utilisées à l’avenir pour d’autres applications que des greffes de cellules souches, notamment dans la médecine réparatrice, et qu’un formulaire de consentement distinct sera nécessaire à cet effet. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que mes données HLA font également partie, de manière anonyme, de bases de données scientifiques qui rendent les fréquences des types de tissus disponibles de manière anonyme à des fins scientifiques. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Les coûts d’inscription et de typage tissulaire sont totalement à la charge du laboratoire.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que je ne perçois aucune rétribution financière pour le don de cellules souches ou de lymphocytes. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je suis au courant que pour chaque personne qui donne des cellules souches ou des lymphocytes, une assurance est contractée pour couvrir les éventuels dommages corporels découlant du don. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que les informations concernant le patient bénéficiaire de mon don de cellules peuvent uniquement être communiquées de façon anonyme avec l’accord du Registre belge, du patient lui-même et du centre de transplantation. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que, dans des cas exceptionnels, les cellules peuvent être congelées et qu’elles sont conservées aussi longtemps que leur administration ultérieure au patient peut être indiquée. Si leur administration n’est plus indiquée, ces cellules congelées seront détruites sans que j’en sois informé(e). | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je suis au courant que l’on me contactera une semaine, un mois, un an et cinq ans après le don de cellules souches, pour s’informer de mon état de santé et en vue d’un éventuel prélèvement de sang. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais également que je serai automatiquement radié du registre à l’âge de 60 ans. | [ ]  OUI | [ ]  NON |

En outre, vous reconnaissez avoir pris connaissance, via le présent document, de la politique applicable au traitement de vos données à caractère personnel dans le cadre de votre candidature pour le don de cellules souches et déclarez être informé(e) que vos données à caractère personnel seront transmises sous forme codée à la World Marrow Donor Association et à d’autres centres actifs dans le domaine de la greffe de cellules souches à l’étranger. Vous pouvez également préciser vos préférences pour le traitement de vos données à caractère personnel ci-dessous.

[ ]  Je ne souhaite **pas** être invité(e) pour des recherches scientifiques supplémentaires ou à des fins médicales innovantes, telles que la médecine régénérative et l’immunothérapie.

[ ]  Je ne souhaite **pas** être appelé(e) pour un don de sang, de plaquettes et/ou de plasma qui pourrait être nécessaire pour le traitement d’un patient spécifique.

Par les présentes, je déclare avoir lu le présent document et avoir reçu suffisamment d’explications :

[ ]  J’ai reçu un exemplaire de la lettre d’information générale du donneur, y compris la politique applicable aux données, et j’ai pris connaissance de son contenu.

[ ]  J’ai reçu une copie de la lettre d’information concernant les frais du donneur et la communication
anonyme.

[ ]  J’ai reçu une copie de la présente déclaration de consentement.

|  |
| --- |
| *Nom et prénom du* ***donneur*** *:*  |
| *Signature :* | *Fait à :* *Date :*  |

Par la présente, je déclare que:

[ ]  l'identité du donneur a été vérifiée.

|  |
| --- |
| *Nom et prénom du* ***médecin*** *ou* *la personne qualifiée :*  |
| *Signature :* | *Fait à :* *Date :*  |

Rempli en deux exemplaires originaux :

* Un pour le candidat au don
* Un pour le dossier