Le/la soussigné(e) (nom, prénom) ………………………………………………. donne son consentement éclairé, conscient et libre pour l’administration de G-CSF et le prélèvement de cellules souches du sang en vue du traitement d’un patient par transplantation de cellules souches allogéniques. En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez avoir pris connaissance du présent document, avoir eu l’occasion de poser des questions et consentir au prélèvement, à la conservation et à l’utilisation des cellules souches. Veuillez également cocher les éléments ci-dessous pour indiquer si vous donnez ou non votre accord pour la conservation et l’utilisation des cellules souches à des fins de recherche scientifique.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’ai bien lu et compris les informations écrites concernant le don de cellules souches du sang ou de la moelle osseuse, et j’ai reçu une réponse adéquate à mes questions. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que je ne perçois aucune rétribution financière pour le don de cellules souches. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que tous les frais découlant du prélèvement de cellules souches sont payés par l’INAMI ou le registre étranger du receveur des cellules souches. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je suis satisfait(e) des informations que j’ai reçues sur la stimulation G-CSF et ses possibles effets indésirables. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’ai été informé(e) de la méthode de recueil. On m’a dit ce qu’était un prélèvement de cellules souches ; l’objectif et la nature de cette opération sont clairs pour moi. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| On m’a dit de quelle manière le prélèvement allait se passer. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| On a abordé avec moi les risques impliqués par le type de prélèvement. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’accepte que les médecins exécutent la procédure en question en vue du prélèvement. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’accepte que les médecins conservent les cellules souches prélevées et les utilisent en vue d’une transplantation de cellules souches allogéniques. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que, dans le cadre de l’examen médical du donneur, des analyses de laboratoire seront exécutées, et que je serai informé(e) en cas de résultat anormal. Les résultats d’analyses anormaux seront également communiqués au médecin chargé de la greffe et au patient. | [ ]  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 |
| Si la pose d’un cathéter est impossible au pli du coude, j’autorise :* La pose d’un cathéter au niveau de l’aine
* La pose d’un cathéter au niveau du cou
 | [ ]  OUI[ ]  OUI | [ ]  NON[ ]  NON |
| J’ai le droit de retirer « à tout moment » mon consentement au don de cellules souches et à leur utilisation avant que le matériel biologique n’ait subi le moindre traitement. Je n’ai pas à me justifier pour ce faire. J’ai conscience qu’une telle décision peut s’avérer fatale pour le patient à qui les cellules souches ont été destinées. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Si la greffe n’a pas pleinement réussi ou en cas de complications, j’autorise le don de lymphocytes.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’autorise la communication de mes données codées relatives à mon don de cellules souches à des organismes nationaux et internationaux actifs dans le domaine des transplantations de cellules souches. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais qu’une partie des cellules prélevées peuvent éventuellement être congelées. Cette partie peut uniquement servir à une administration ultérieure au patient. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’autorise les médecins traitants du patient transplanté à disposer de mes cellules souches ou autres cellules hématopoïétiques prélevées si le patient vient à décéder ou si son état de santé ne permet plus ou ne justifie plus l’administration de ces cellules. Ceci implique notamment la destruction de ces cellules. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Si le médecin responsable n’estime plus justifiée la conservation ultérieure, les cellules souches restantes seront détruites. Je n’en serai pas informé(e). | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’autorise la conservation ultérieure des cellules souches pouvant être détruites et leur utilisation uniquement à des fins de recherche scientifique. Chaque étude scientifique sera à tout moment soumise pour approbation à un comité d’éthique. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Les informations sur le donneur sont enregistrées dans une base de données. Dans ce contexte, je sais que le médecin du donneur est tenu au secret professionnel et que la confidentialité de mes données est garantie. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que les données médicales relatives au don sont examinées par le médecin chargé de la greffe et que, si elles présentent un intérêt pour les transplantations, elles sont communiquées au patient. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’ai eu l’occasion de poser des questions sur ce que je ne comprenais pas, et je suis satisfait(e) des réponses que j’ai reçues. | [ ]  OUI | [ ]  NON |

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

[ ]  J’ai reçu une copie de la lettre d’information générale destinée au donneur.

[ ]  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 Nom et prénom du médecin***

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

*Signature Signature*

*Fait à : Fait à :*

*Date : Date :*

***Nom et prénom du témoin***

*Signature*

*Fait à :*

*Date :*

Rempli en deux exemplaires originaux :

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