



ENGAGEMENT VOLONTAIRE INITIAL

Donneur de moelle osseuse

Je suis volontaire pour être donneur de moelle osseuse en faveur d'un(e) malade qui ne m'est pas apparenté(e) et qui n'a pas de donneur dans sa famille, où qu'il se trouve dans le monde. Je suis âgé(e) de 18 à 50 ans.

J'accepte de me soumettre à une prise de sang, en vue de la détermination de mon groupage tissulaire. Je serai alors inscrit(e) sur le Registre National de donneurs de moelle "France Greffe de Moelle". Un prélèvement biologique sera conservé (congélation) dans un but scientifique, lié au don que je suis susceptible d'effectuer.

A ma demande, j'obtiendrai tous les renseignements contenus dans mon dossier.

J'ai pris connaissance que :

- Ce don est volontaire, anonyme et bénévole ;
- Le prélèvement sera selon la demande du médecin greffeur et avec mon accord :
 - ➔ **soit un prélèvement de moelle** qui se fera sous anesthésie générale, laquelle sera décidée par l'anesthésiste de l'Hôpital assurant le prélèvement ;
 - Je serai hospitalisé(e) 48 heures et aurai, s'il y a lieu, une période d'arrêt de travail déterminée par le corps médical ;
 - ➔ **soit un prélèvement de cellules souches périphériques** qui se fera après injections d'un médicament appelé facteur de croissance prescrit par un médecin hématologiste ;
 - Le prélèvement se fera dans un Centre de cytophérèse, par leucaphérèse, laquelle sera décidée par l'hémobiologiste du Centre ;
- Les frais, inhérents à l'organisation de ces prélèvements, seront pris en charge par l'Hôpital Greffeur ;
- Je ne chercherai jamais à connaître le patient qui aura reçu ma moelle ;
- Je pourrai, exceptionnellement, être sollicité(e) dans un avenir plus ou moins proche, pour un second don de moelle ou de cellules sanguines périphériques, pour le bénéfice du même patient ;
- Je dois signaler tout changement d'adresse ou d'état civil.

Je m'engage donc à devenir :

donneur de moelle osseuse et de cellules souches périphériques,

donneur de moelle osseuse exclusivement,

et à le rester, si possible, jusqu'à l'âge de 60 ans. Je sais que cet engagement reste révoquant à tout moment.

A _____ le _____

DONNEUR

MEDECIN AYANT INFORME LE DONNEUR

Signature :

Nom :
Signature :

Renseignements à fournir (en caractères d'imprimerie)

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Nom de jeune fille :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
	e-mail : <input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Localité :	<input type="text"/>
Tél personnel :	<input type="text"/>	Tél professionnel :	<input type="text"/>
<hr/>			
2 ^{ème} adresse (parents, amis...) :			
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Localité :	<input type="text"/>
Tél :	<input type="text"/>		