

QUESTIONNAIRE DE PRE-CONVOCATION

APTITUDE AU DON DE MOELLE OSSEUSE

NOM* :	PRENOM* :	NOM DE JEUNE FILLE* :
DATE DE NAISSANCE :		
ADRESSE COMPLETE* :		
☎ DOMICILE :	☎ PORTABLE :	
ADRESSE EMAIL :		
* Ecrire en lettres majuscules		

Poids : Taille :

- Etes-vous déjà donneur de sang ? OUI NON
Si non, s'agit-il d'une raison médicale ? OUI NON
- Avez-vous été traité pour une maladie grave ? OUI NON
Si oui, laquelle ?
- Avez-vous une maladie nécessitant un suivi médical régulier ? OUI NON
- Prenez-vous un traitement régulier ? OUI NON
Si oui, lequel ?
- Avez-vous été hospitalisé et/ou opéré ? OUI NON
Si oui, pourquoi ?
- Avez-vous eu une crise de paludisme dans les 3 dernières années ? OUI NON
- Etes-vous traité pour une tension artérielle élevée ? OUI NON
- Avez-vous déjà eu un lumbago, une sciatique ou une hernie discale ? OUI NON
- Avez-vous déjà fait une réaction allergique sévère, œdème de Quincke, urticaire géant ou un choc anaphylactique ? OUI NON
- Avez-vous eu des crises d'épilepsie ? OUI NON
Si oui, dans l'enfance à l'âge adulte
- Avez-vous une maladie du sang ? OUI NON
Si oui, laquelle ?

Date :

Signature :

*Ce questionnaire est destiné à éviter de vous déplacer en consultation en cas de contre-indication médicale absolue au don de moelle osseuse.
Par ailleurs, nous vous informons que certaines questions peuvent donner lieu à un appel téléphonique pour préciser vos réponses.
Au décours de ce questionnaire et/ou de l'appel téléphonique, vous serez ou non convoqué(e) pour un entretien médical plus complet.*