



## Document de préparation à l'entretien médical préalable au don du sang

**Vous allez donner votre sang. Nous vous remercions.  
Que vous puissiez le faire aujourd'hui ou non, votre démarche est précieuse.**

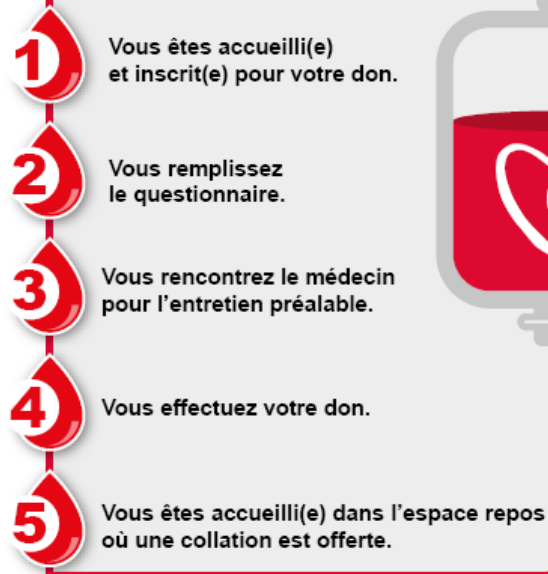
Prenez le temps de répondre avec sincérité à ce questionnaire.

Toutes les questions posées sont motivées par un enjeu de sécurité, la vôtre comme celle des patients qui recevront votre sang.

Ce questionnaire, qui servira de fil conducteur à l'entretien, sera détruit après votre don. L'ensemble des questions seront abordées avec la personne habilitée à mener l'entretien préalable au don. Les informations recueillies pendant l'entretien sont confidentielles et soumises au secret professionnel.

- Si vous avez des questions, vous pourrez toutes les poser sans aucune justification. Vous pouvez demander à interrompre votre don tout au long du parcours
- Si vous ne pouvez pas donner votre sang, les raisons vous en seront expliquées.

### LES ÉTAPES DU DON



### Que devient votre don ?

#### Utilisation thérapeutique

Les produits sanguins issus des dons sont indispensables pour traiter les personnes malades (cancers, leucémies...), victimes d'accident, ou qui vont subir une intervention chirurgicale.

#### Les échantillons de sang

Des échantillons de sang sont prélevés à chaque don. Ils permettent de caractériser votre sang et de dépister d'éventuels virus (VIH, hépatites B et C) ou autres agents transmissibles par le sang qui peuvent mettre en danger la santé des malades. Si nécessaire, des tests supplémentaires peuvent être alors réalisés. Si l'anomalie détectée met en danger la santé du receveur, l'unité prélevée n'est pas transfusée. Le service de transfusion sanguine du CHT vous informera personnellement et vous précisera si vous pouvez ou non poursuivre vos dons.

#### Information biothèque

Quel que soit le type de don, un échantillon de votre plasma sera congelé et conservé 3 ans après votre don. Cette précaution permet de réaliser à distance des analyses complémentaires, notamment en cas d'apparition d'une anomalie chez un patient ayant reçu des transfusions à partir de votre sang. Cette possibilité contribue à améliorer la sécurité transfusionnelle.

## NE DONNEZ PAS VOTRE SANG

si vous pensez avoir besoin d'un test de dépistage : la personne habilitée au don peut vous indiquer où vous adresser pour cela.

## ÉTAT DE SANTÉ POUR DONNER VOTRE SANG :

Question	Oui	Non	Je ne sais pas
1. Poids : .....kg / Taille : .....cm			
2. Vous sentez-vous en forme pour donner votre sang ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A quelle heure avez-vous mangé ?			
4. Avez-vous prévu des activités physiques après le don ? <i>Si oui, laquelle ?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avez-vous pratiqué la plongée, chasse sous-marine ou apnée dans les 48 dernières heures ou allez-vous le faire dans les 48 prochaines heures ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### A – AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES :

Question	Oui	Non	Je ne sais pas
6. Avez-vous été malade : fièvre (>38°C), grippe, angine, otite, gastro-entérite, dengue... ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Avez-vous eu une infection urinaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Avez-vous une plaie, une infection de la peau, un furoncle, une brûlure ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Avez-vous été en contact avec une personne ayant une maladie contagieuse (coqueluche, rougeole, tuberculose, gale, méningite...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu des saignements (nez, hémorroïdes, règles abondantes...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Etes-vous allé(e) chez le dentiste ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Prenez-vous des médicaments tous les jours ou régulièrement (comprimés, injections...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Avez-vous pris des anti-inflammatoires AINS (Ibuprofène, Kétoprofène, Advil, Voltarène...), de l'aspirine ou des corticoïdes (Solupred...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Avez-vous consommé du kava dans les 5 derniers jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### B – AU COURS DES 2 DERNIERS MOIS :

Question	Oui	Non	Je ne sais pas
15. Avez-vous été vacciné(e) ? <i>Si oui, par quel(s) vaccin(s) et quand ?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Avez-vous réalisé des examens médicaux (prise de sang, radio, scanner, IRM, échographie ; biopsie...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Avez-vous eu une endoscopie (fibroscopie, coloscopie, naso-fibroscopie, hystérocopie) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Avez-vous été traité(e) par acupuncture ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Avez-vous fait un tatouage, maquillage permanent, y compris retouches ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Avez-vous fait un piercing, y compris boucles d'oreilles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Avez-vous été en contact avec du sang humain par pique, plaie, projection (AES) <b>dans les 4 derniers mois</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## C – RISQUES LIÉS À CERTAINS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (AU COURS DE VOTRE VIE ENTIÈRE OU DEPUIS VOTRE DERNIER DON) :

Question	Oui	Non	Je ne sais pas
22. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou opéré(e) ? <i>Si oui, quand et pourquoi ?</i> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Etes-vous ou avez-vous été suivi(e) par un médecin/spécialiste pour un problème de santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Avez-vous déjà consulté ou été suivi(e) par un cardiologue ? <i>Si oui, pour quel motif ? (souffle cardiaque, trouble du rythme, RAA, angine de poitrine, infarctus du myocarde, stents, phlébite...)</i> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Avez-vous ressenti, dans les jours ou semaines qui précèdent, une douleur thoracique ou un essoufflement anormal à la suite d'un effort ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT), des crises d'épilepsies, des convulsions, des malaises répétés ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Avez-vous eu un diagnostic de cancer (dermato, sein, gynéco, thyroïde, cancer du sang...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Avez-vous déjà reçu une greffe de cellules, d'organes ou de tissus (cornée, tympan, dure-mère, os, moelle osseuse, rein, foie...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Avez-vous une maladie de la coagulation du sang ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Avez-vous déjà eu une anémie, un manque de globules rouges, un traitement pour compenser un manque de fer ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Avez-vous déjà eu de l'asthme sévère, une réaction allergique importante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Avez-vous reçu un traitement par hormone de croissance avant 1989 ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Avez-vous été traité(e) au cours des 3 dernières années pour de l'acné, ou du psoriasis (notamment par du Soriatane, Curacné, Roaccutane) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Un membre de votre famille est-il atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (maladie « de la vache folle ») ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## D – VOYAGES :

Question	Oui	Non	Je ne sais pas
36. Etes-vous sorti du territoire au cours des 28 derniers jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Ces 3 dernières années, avez-vous quitté le territoire (voyages, escales) ? <i>Si oui, dans quel pays et à quelles dates ?</i> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Au cours de votre vie, avez-vous vécu plus de 6 mois consécutifs hors de la Nouvelle-Calédonie ? <i>Si oui, dans quel pays et en quelle(s) année(s) ?</i> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Au cours de votre vie entière, avez-vous déjà voyagé en Amérique du Sud, Amérique Centrale ou au Mexique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Votre mère est-elle née en Amérique du Sud, en Amérique centrale ou au Mexique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Dans votre vie, avez-vous déjà fait une crise de paludisme (malaria) ou une fièvre inexpliquée pendant ou après un séjour où sévit le paludisme ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Avez-vous séjourné (plus d'un an cumulé) au Royaume-Uni entre 1980 et 1996 ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SEXUALITE :

Question	Oui	Non	Je ne sais pas
43. 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), le virus HTLV ou la syphilis ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Pensez-vous avoir besoin d'un test de dépistage pour le VIH, VHC, VHB ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Avez-vous déjà utilisé par voie injectable des drogues ou des substances dopantes non prescrites par un médecin (même une seule fois) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### DANS LES 4 DERNIERS MOIS :

Question	Oui	Non	Je ne sais pas
46. Avez-vous eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) (rapport génital, oral ou anal y compris avec préservatif) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. A votre connaissance, votre partenaire a-t-il (elle) eu un(e) autre partenaire sexuel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Avez-vous eu une infection sexuellement transmissible (IST) (Syphilis, infection à Chlamydia, Gonocoque ou Herpès génital) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. A votre connaissance, votre partenaire a-t-il (elle) eu une IST (Syphilis, infection à Chlamydia, Gonocoque ou Herpès génital) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Avez-vous pris un médicament pour prévenir l'infection à VIH tel que la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ou la prophylaxie post-exposition (PEP) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### DANS LES 12 DERNIERS MOIS :

Question	Oui	Non	Je ne sais pas
51. Avez-vous eu un rapport sexuel en échange d'argent ou de drogue ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Avez-vous eu un rapport sexuel avec un(e) partenaire qui, à votre connaissance : - est infecté(e) par le VIH, VHC, VHC, HTLV ? - a utilisé, par voie injectable, des drogues ou substances dopantes non prescrites par un médecin ? -a eu un rapport sexuel en échange d'argent ou de drogue ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

## POUR LES FEMMES :

Question	Oui	Non	Je ne sais pas
53. Etes-vous actuellement enceinte, ou avez-vous accouché il y a moins de 6 mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Précisez le nombre de grossesse(s) que vous avez eue(s) au cours de votre vie : .....			

En application des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que certaines des informations qui vous sont demandées, dans le questionnaire pré-don, au cours de l'entretien préalable au don, ainsi qu'à l'occasion du prélèvement de produits sanguins, feront l'objet d'un enregistrement informatique par le Centre de don du sang de Nouvelle-Calédonie. Les résultats de qualification biologique du don feront également l'objet d'un traitement informatique par le service de transfusion sanguine du CHT Gaston-Bourret. Ce traitement est destiné à permettre la gestion des donneurs et des receveurs de produits sanguins. Toutes les mesures nécessaires sont prises pour assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles concernant le donneur. Les données fournies et collectées par nos services lors de l'entretien pré-don et du don, ainsi que les résultats de qualification biologique du don, sont protégés afin d'empêcher la divulgation non autorisée des données traitées et notamment de l'identité du donneur, des informations relatives à sa santé et des résultats des examens pratiqués. Vous disposez d'un droit d'accès et en cas d'inexactitude, de modification et de suppression. Pour exercer ces droits, il suffit de vous adresser au directeur du CHT Gaston-Bourret, responsable du traitement des données collectées au sein de l'établissement.