

Botbank AZ Sint-Jan Brugge AV
 Ruddershove 10, 8000 Bruges
 7/10049/88213
 Dr. Vanwynsberghe, gestionnaire
 Tél 050/45 28 56
 Email: botbank.brugge@azsintjan.be

EVALUATION DONNEURS VIVANTS

-DONNEUR TÊTE FÉMORALE-

Ce questionnaire a été élaboré pour garantir la qualité de l'os et éviter que les receveurs de l'os ne soient pas exposés à des risques. Il est donc très important que vous **répondiez à toutes les questions avec soin et sincérité**. S'il y a des questions que vous ne comprenez pas, vous pouvez demander une explication à la personne qui a remis le questionnaire. Les informations obtenues sont traitées de manière confidentielle.

DONNEES DU DONNEUR

Coller la vignette patient ou

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Sexe: masculin / féminin

QUESTIONS GENERALES

Âge: _____

Poids actuel (kg): _____

Êtes-vous actuellement enceinte?	N / A	<u>OUI</u>	NON
----------------------------------	-------	------------	-----

Allaitiez-vous actuellement?	N / A	<u>OUI</u>	NON
------------------------------	-------	------------	-----

EXPOSITION MÉDICALE ET TOXIQUE

Prenez-vous actuellement des médicaments? Si oui, en fournir le détail à l'infirmière	<u>OUI</u>	NON
--	------------	-----

Utilisez-vous actuellement des immunosuppresseurs?	<u>OUI</u>	NON
--	------------	-----

Avez-vous été vacciné au cours des 4 dernières semaines?	<u>OUI</u>	NON
--	------------	-----

- Si oui, quelles vaccinations et quels types de vaccins? _____
- Si oui, en décrire éventuellement les effets secondaires: _____

Avez-vous déjà été exposé à une substance toxique (or, mercure, plomb, cuivre, cyanure, etc.) à l'origine de plaintes nécessitant un traitement ou une hospitalisation?	<u>OUI</u>	NON
---	------------	-----

Avez-vous déjà été traité avec des hormones de croissance?	<u>OUI</u>	NON
--	------------	-----

HISTOIRE MÉDICALE

Antécédents d'une maladie dont la cause n'est pas bien connue?	<u>OUI</u>	NON
--	------------	-----

Souffrez-vous actuellement d'une infection virale, bactérienne, parasitaire ou fongique?	<u>OUI</u>	NON
--	------------	-----

Présence ou antécédents de maladie maligne (cancer)? Si oui, laquelle? _____ S'il s'agit d'un carcinome basocellulaire ou d'un carcinome in situ du col de l'utérus, vous pouvez indiquer NON.	<u>OUI</u>	NON
---	------------	-----

Vous ou votre partenaire souffrez d'une maladie contagieuse? Si oui, laquelle? _____ Ex. SIDA, HTLV, Syphilis, Hépatite B, Hépatite C, ...	<u>OUI</u>	NON
---	------------	-----

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de paludisme, de babésiose, de lèpre, de leishmaniose, d'infection par le virus du Nil occidental, de Zika, d'Ebola ou de maladie de Chagas?	<u>OUI</u>	NON
--	------------	-----

Souffrez-vous d'une maladie auto-immune? Si oui, laquelle? _____	<u>OUI</u>	NON
--	------------	-----

Souffrez-vous d'une maladie de la coagulation (par exemple l'hémophilie) pour laquelle vous avez été traitée avec des facteurs de coagulation d'origine humaine?	<u>OUI</u>	NON
Souffrez-vous d'une maladie neurologique? Si oui, laquelle? _____	<u>OUI</u>	NON
Souffrez-vous de démence précoce (<65 ans)?	<u>OUI</u>	NON
Vous, ou un membre de la famille, souffrez-vous de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou d'une variante de la maladie («maladie de la vache folle»)?	<u>OUI</u>	NON
Avez-vous déjà subi une chirurgie cérébrale?	<u>OUI</u>	NON
Avez-vous subi une transplantation de greffe d'organes, de tissus ou de cellules? Si oui, laquelle et origine? ☐ Cornea ☐ Sclera ☐ Dura mater ☐ Osselets auditifs ☐ Autre: _____ ☐ Origine humaine ☐ Origine animale ☐ Je n'ai aucune idée	<u>OUI</u>	NON
Questions supplémentaires concernant COVID-19 épidémie:		
Avez-vous reçu un diagnostic de COVID-19 au cours des 14 derniers jours (confirmé avec autotest ou PCR)?	<u>OUI</u>	NON
Avez-vous eu des symptômes de COVID-19 au cours des 14 derniers jours?	<u>OUI</u>	NON
Avez-vous eu un contact à haut risque avec une personne malade ou infectée par COVID-19 au cours des 14 derniers jours?	<u>OUI</u>	NON
<i>Dans l'intérêt du récepteur, nous aimerions vous demander explicitement d'avertir votre médecin si vous tombez malade ou si vous présentez des symptômes pouvant indiquer une éventuelle infection par ce virus. Et cela jusqu'à 14 jours après votre intervention chirurgicale.</i>		
Autres informations pertinentes concernant votre santé? _____	<u>OUI</u>	NON

INFORMATIONS SUR LE VOYAGE

Avez-vous été à l'étranger dans les 4 semaines précédant la date de l'opération / serez-vous à l'étranger dans les 4 semaines précédant la date de l'opération	<u>OUI</u>	NON
Si oui, où (pays et ville/région)? _____		
Date de retour? ____ / ____ / ____		
Avez-vous séjourné en Grande-Bretagne pendant plus de 3 mois entre 1980 et 1996?	<u>OUI</u>	NON

COMPORTEMENT À RISQUE

Avez-vous placé un piercing et/ou un tatouage au cours de la dernière année?	<u>OUI</u>	NON
Avez-vous subi une acupuncture au cours de la dernière année?	<u>OUI</u>	NON
Le perçage, le tatouage ou l'acupuncture ont-ils été effectués par un professionnel qualifié avec des précautions hygiéniques et aseptiques et du matériel jetable stérile?	N / A	<u>OUI</u> <u>NON</u>
Avez-vous eu une perforation ou une coupure au cours de la dernière année ou avez-vous été en contact avec le sang d'une autre personne sur des plaies ouvertes et des muqueuses?	<u>OUI</u>	NON
Est-ce que vous et/ou votre partenaire sexuel appartenez à un groupe avec un risque accru d'être infecté par des maladies transmissibles telles que le SIDA? ex. sexe rémunéré, prostitution, partenaire changeant ou gay, nouveau partenaire sexuel (<12 mois), partenaire séropositif, VHB, VHC ou syphilis	<u>OUI</u>	NON

Si la réponse à l'une des questions est **soulignée**, cela signifie que la **prélèvement ne peut PAS continuer** car la sécurité de l'os ne peut pas être garantie. Si aucune réponse n'est soulignée, la prélèvement peut avoir lieu.

DONNEUR

Nom et prénom: _____

Date: ____ / ____ / 20____

Signature:

PERSONNE QUI A GÉRÉ/EXPLIQUÉ LA QUESTIONNAIRE

Nom et prénom: _____

Date: ____ / ____ / 20____

Signature:

Ce formulaire doit être ajouté au dossier du patient avec le consentement et doit être présent au moment du prélèvement