

CONSENTEMENT INFORME POUR DONNEUR DE TETE FEMORALE ALLOGENE

Soussigné(e), **né(e) le** / /
(Utilisez le nom de votre carte d'identité)

déclare:

- d'avoir pris connaissance de la lettre d'information à propos de la donation osseuse, rédigée par la banque d'os de l'AZ Sint-Jan Brugge AV.
- d'avoir eu des informations complètes dans un entretien personnel avec un des médecins ou autres professionnels de santé sur les objectifs, les méthodes et les effets secondaires éventuels de la donation osseuse.
- d'avoir eu suffisamment l'occasion de poser des questions et d'y avoir obtenu des réponses satisfaisantes.
- avoir été informé(e) de son droit de renoncer à la donation.
- d'accepter volontairement un examen médical par un médecin.
- d'accepter volontairement une prise de sang.
- avoir été informé(e) que votre sang sera testé pour VIH, syphilis et l'Hépatite B et C.
- de savoir que votre médecin traitant sera informé des résultats des tests s'ils devaient être anormaux.
- d'être conscient(e) que les données sont couvertes par le secret médical.
- que toutes les informations que vous avez fournies sont véridiques, à votre connaissance.
- que tout changement de l'état de santé sera signalé au médecin.
- d'être conscient(e) que les données peuvent être demandées et consultées à tout moment.
- de consentir bénévolement au don.
- avoir été informé(e) qu'il n'y a pas des frais, ni une indemnisation pour le don.
- d'autoriser d'ajouter la tête fémorale dans la banque d'os de l'AZ Sint-Jan Brugge AV et, si la qualité est respectée, de l'employer pour une transplantation chez un autre patient.
- d'autoriser de détruire la tête fémorale si les critères de qualité ne sont pas remplis.
- avoir été informé(e) qu'aucune des données personnelles n'est transmise à des tiers, à l'exception des autorités nationales et étrangères.
- d'approuver pour le traitement des données personnelles.

En signant ce document, je confirme que j'ai donné mon autorisation préalable de façon éclairée, sciemment et volontairement.

Nom et prénom du donneur

Nom et prénom du médecin ou infirmière

.....

.....

Date: / /

Date: / /

Signature (*)

Signature

(*) Veuillez indiquer qui signe si le donneur est mineur ou en incapacité/inhabilité.