

QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRE-CONVOCATION

APTITUDE AU DON DE MOELLE OSSEUSE

NOM :	PRENOM :	NOM DE JEUNE FILLE :
DATE DE NAISSANCE :		
ADRESSE COMPLETE :		
☎ DOMICILE :	☎ PORTABLE :	
ADRESSE EMAIL :		

Poids :

Taille :

Etes-vous déjà donneur de sang ?

OUI NON

Si non, s'agit-il d'une raison médicale ?

OUI NON

Avez vous une maladie nécessitant un suivi médical régulier ?

OUI NON

Avez-vous l'habitude de prendre des médicaments ?

OUI NON

Si oui, lesquels ?

Pour quelles raisons ?

Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou opéré ?

OUI NON

Si oui, précisez la date et le motif de l'hospitalisation

En gardez-vous une gêne ?

OUI NON

Avez-vous eu une hépatite virale et/ou une jaunisse ?

OUI NON

Avez-vous déjà eu une crise de paludisme ?

OUI NON

Avez-vous séjourné plus d'un an cumulé dans les îles Britanniques entre 1980 et 1996 ?

OUI NON

Etes-vous ou avez-vous été traité pour une maladie de cœur ou des vaisseaux sanguins? (embolie, varices, phlébite...)

OUI NON

Si oui, laquelle ?

Etes-vous ou avez-vous été traité pour une tension artérielle élevée ?

OUI NON

Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

OUI NON

Si oui, à quelle fréquence ?

Quel traitement ?

Avez-vous déjà fait une réaction allergique sévère, œdème de Quincke, urticaire géant ou un choc anaphylactique?

OUI NON

Nous vous remercions pour le soin et les précisions que vous apporterez à ce questionnaire

- Avez-vous eu des crises d'épilepsie ?** OUI NON
Si oui, de quand date la dernière ? ____ / ____ / _____
Etes-vous sous traitement ? OUI NON
- Etes-vous traité pour dépression nerveuse?** OUI NON
Si oui, précisez le traitement
- Etes-vous diabétique ?** OUI NON
- Souffrez-vous d'une maladie de la thyroïde ?** OUI NON
Si oui, laquelle ?
- Etes-vous, ou avez-vous été traité pour reflux gastrique?** OUI NON
- Etes-vous ou avez -vous été traité pour anémie?** OUI NON
- Avez-vous été traité pour une maladie du sang ?** OUI NON
Si oui, laquelle ?
- Y a-t-il des troubles de la coagulation dans votre famille ?** OUI NON
Si oui, en êtes-vous atteint ? OUI NON
Précisez quel type
- Avez-vous déjà eu un lumbago ou une sciatique ?** OUI NON
- Avez-vous déjà eu une hernie discale ?** OUI NON
- Avez-vous été traité pour une maladie grave ?** OUI NON
Si oui, laquelle ?
- Etes-vous enceinte ou avez-vous accouché depuis moins de six mois ?** OUI NON
Si oui, date de l'accouchement :
- Avez-vous des questions ou des remarques ?** OUI NON
Si oui, précisez :

Fait à

le

Signature :