



# 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.*

## Demande d'inscription comme donneur de moelle osseuse

### Avant de m'inscrire, je me suis informé(e) et :



- Je sais que la moelle osseuse est vitale pour l'organisme.
- J'ai compris qu'un don de moelle osseuse peut sauver une vie.
- Je sais que le don est volontaire, anonyme et gratuit.
- Je sais qu'il est excessivement rare qu'un donneur soit compatible avec un malade. C'est pourquoi je reste mobilisé(e) jusqu'à la date limite de mon inscription (60 ans).
- Je m'engage à informer le Registre France Greffe de Moelle de l'Agence de la biomédecine en cas de changements importants dans ma vie (par exemple, si je change d'adresse, si je pars à l'étranger, si mon état de santé évolue...).
- J'ai compris que je serai sollicité(e) seulement quand un malade compatible avec ma propre moelle osseuse, où qu'il se trouve dans le monde, aura besoin d'une greffe.
- Je serai disposé(e) à m'organiser afin de me rendre disponible pour le prélèvement.
- Je signerai une lettre d'engagement pour valider mon inscription.
- Je sais que je peux renoncer à mon engagement à tout moment, sans aucune justification.
- Je suis conscient(e) que des éventuelles contre-indications médicales me concernant peuvent rendre impossible mon don.

### Je suis prêt(e) à m'inscrire comme donneur de moelle osseuse et souhaite être contacté(e) par le centre d'accueil le plus proche de mon domicile pour un premier rendez-vous.

Je m'inscris :

- En complétant le formulaire d'inscription directement sur **www.dondemoelleosseuse.fr**
- ou
- En renvoyant cette demande d'inscription complétée des renseignements ci-dessous à l'adresse suivante : **Agence de la biomédecine - Registre France Greffe de Moelle**  
**1, avenue du Stade de France**  
**93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX**

À ..... le ..... Signature :

### Renseignements à fournir (en caractères d'imprimerie)

Nom :

Nom de jeune fille : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  masculin  féminin

J'accepte de recevoir des informations sur le don de moelle osseuse de la part de l'Agence de la biomédecine.

#### Comment avez-vous été informé(e) sur le don de moelle osseuse ?

- Internet  Presse  Association  
 Médecin/Hôpital  Événement  Autre

Précisez votre réponse : .....

Adresse : .....

Code postal :

Localité : .....

Tél. personnel : .....

Tél. professionnel : .....

Tél. mobile : .....

E-mail : .....

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/78, vous disposez, en nous écrivant, d'un droit d'accès, de rectification, et de suppression des données vous concernant contenues dans notre fichier. Vos coordonnées ne seront en aucun cas communiquées à des tiers.

# Pour en savoir plus

## Agence de la biomédecine Registre France Greffe de Moelle

Tél. : 01 55 93 65 34 (secrétariat donneurs)



Fax : 01 49 98 37 14

E-mail : fg@biomedecine.fr

### EN RÉGIONS

Centre référent	Autres centres	Téléphone
 <b>ANGERS</b>	Laval	<b>02 41 72 44 44</b>
 <b>BESANÇON</b>	Belfort	<b>03 81 61 56 93</b>
 <b>BORDEAUX</b>	Agen - Biarritz - Dax - Mont-de-Marsan - Pau - Périgueux	<b>05 56 90 83 70</b>
 <b>BREST</b>	Lorient - Morlaix - Quimper	<b>02 98 44 45 95</b>
 <b>CAEN</b>	Alençon - Cherbourg - Saint-Lô	<b>02 31 53 53 20</b>
 <b>CLERMONT-FERRAND</b>	Aurillac - Moulins	<b>04 73 15 20 29</b>
 <b>DIJON</b>	Auxerre - Chalon-sur-Saône - Mâcon - Montceau-les-Mines - Nevers - Sens	<b>03 80 70 60 12</b>
<b>FORT-DE-FRANCE</b> La Martinique (C.H.U.)	Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)	<b>05 96 55 24 24 ou 50</b>
 <b>GRENOBLE</b>	Annemasse - Chambéry - Metz-Tessy / Annecy	<b>04 76 42 94 30</b>
<b>LILLE</b> (C.H.U.)	Amiens - Arras - Dunkerque - Saint-Quentin - Soissons	<b>08 20 80 22 22</b>
<b>LIMOGES</b> (C.H.U.)	Brive-la-Gaillarde - Guéret - Tulle	<b>05 55 05 61 84</b>
 <b>LYON</b>	Bourg-en-Bresse	<b>04 72 71 17 38</b>
 <b>MARSEILLE</b>	Aix-en-Provence - Ajaccio - Arles - Avignon - Bastia - Briançon - Gap - Toulon	<b>04 91 18 95 71 ou 72</b>
<b>MONTPELLIER</b> (C.H.U.)	Alès - Béziers - Carcassonne - Mende - Millau - Narbonne - Nîmes - Perpignan - Saint-Affrique	<b>04 67 33 75 85 ou 74 56</b>
<b>NANCY</b> (C.H.U.)	Chaumont - Épinal - Forbach - Metz - Saint-Dizier - Saint-Dié - Thionville - Troyes - Verdun	<b>03 83 15 48 66</b>
 <b>NANTES</b>	La Roche-sur-Yon - Le Mans - Saint-Nazaire	<b>02 40 12 33 00</b>
<b>NICE</b> (C.H.U.)		<b>04 93 86 01 77</b>
 <b>POITIERS</b>	Angoulême - Chartres - Châtelleraut - La Rochelle - Niort - Saintes	<b>05 49 61 57 29</b>
<b>REIMS</b> (C.H.U.)	Charleville-Mézières	<b>03 26 78 77 32</b>
 <b>RENNES</b>	Saint-Brieuc - Vannes	<b>02 99 54 42 22</b>
 <b>ROUEN</b>	Bois-Guillaume - Dieppe - Évreux - Le Havre	<b>02 32 88 02 23</b>
<b>SAINT-DENIS</b> La Réunion (C.H.R.)	Saint-Pierre	<b>02 62 90 63 00</b>
 <b>SAINT-ÉTIENNE</b>	Le Puy-en-Velay - Roanne	<b>04 77 81 42 42</b>
 <b>STRASBOURG</b>	Colmar - Mulhouse	<b>03 88 21 25 07</b>
 <b>TOULOUSE</b>	Albi - Auch - Cahors - Carcassonne - Castres - Montauban - Rodez - Tarbes	<b>05 61 31 20 50 ou 53</b>
 <b>TOURS</b>	Blois - Bourges - Châteauroux - Montargis - Orléans	<b>02 47 36 01 08</b>
 <b>VALENCE</b>	Annonay	<b>04 75 82 44 00</b>

### PARIS / ÎLE-DE-FRANCE

Centre référent	Autres centres	Téléphone
<b>CLAMART</b> (Centre de transfusion sanguine des Armées)		<b>01 41 46 72 48 ou 53</b>
 <b>CRÉTEIL</b>	Bobigny - Évry - Paris (Saint-Louis) / Saint-Antoine Crozatier / La Pitié-Salpêtrière)	<b>01 56 72 76 76 ou 79</b>
 <b>PONTOISE</b>	Suresnes - Versailles / Le Chesnay	<b>01 30 17 33 35</b>

 **agence de la  
biomédecine**

Établissement relevant du ministère de la santé

Agence de la biomédecine  
1, avenue du Stade de France  
93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

[www.dondemoelleosseuse.fr](http://www.dondemoelleosseuse.fr)

N° vert 0800 20 22 24