



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

PARIS / ÎLE-DE-FRANCE

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

 **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

N° vert 0800 20 22 24