



Document de préparation à l'entretien préalable au don de sang

DANS LES 4 DERNIERS MOIS,

- A Avez-vous eu plus d'un(une) partenaire sexuel(le) Oui Non Je ne sais pas
- B À votre connaissance, votre partenaire a-t-il (elle) eu un (e) autre partenaire sexuel (e) ? Oui Non Je ne sais pas
- 41** C Avez-vous eu une infection sexuellement transmissible (infection à Chlamydia, Gonocoque, Herpès génital, Syphilis par exemple) ? Oui Non Je ne sais pas
- D À votre connaissance, votre partenaire a-t-il (elle) eu une infection sexuellement transmissible (infection à Chlamydia, Gonocoque, Herpès génital, Syphilis par exemple) ? Oui Non Je ne sais pas

- 42** Avez-vous eu un rapport sexuel en échange d'argent ou de drogue dans les 12 derniers mois ? Oui Non Je ne sais pas

DANS LES 12 DERNIERS MOIS,

- 43** Avez-vous eu un rapport sexuel avec un(e) partenaire qui, à votre connaissance :
- A Est infecté(e) par le VIH, le VHC, le VHB ou l'HTLV ? Oui Non Je ne sais pas
- B A utilisé, par voie injectable, des drogues ou des substances dopantes non prescrites par un médecin ? Oui Non Je ne sais pas
- C A eu un rapport sexuel en échange d'argent ou de drogue ? Oui Non Je ne sais pas

MERCI DE REpondre AVEC SINCÉRITÉ AU QUESTIONNAIRE

Toutes les questions qui vous sont posées sont motivées par un enjeu de sécurité, la vôtre comme celle des patients qui recevront votre sang.

Prenez le temps nécessaire pour le compléter avec soin. Si vous avez le moindre doute sur une réponse cochez la case « je ne sais pas ». L'ensemble des questions sera abordé avec le médecin pendant l'entretien préalable au don qui est la prochaine étape de votre parcours. Ce questionnaire, qui servira de fil conducteur à l'entretien, sera détruit après votre don.

Les informations recueillies pendant l'entretien sont confidentielles et soumises au secret professionnel.

A l'issue de cet entretien :

♦ Si vous pouvez donner votre sang, il vous sera demandé de signer un consentement au prélèvement : n'hésitez pas à poser au préalable, toutes les questions que vous souhaitez. Sachez aussi que, tout au long du parcours, vous pourrez poser des questions, voire demander à interrompre votre don sans aucune justification.

♦ Si vous ne pouvez pas donner votre sang, les raisons vous en seront expliquées. Une date à laquelle vous pourrez revenir vous sera éventuellement proposée.

UN GRAND MERCI POUR LE TEMPS QUE VOUS CONSACREZ AU DON, ACTE SOLIDAIRE, UTILE ET IRREMPLAÇABLE.

NE DONNEZ PAS VOTRE SANG

si vous pensez avoir besoin d'un test de dépistage: le médecin peut vous indiquer où vous adresser pour cela.

QUE VOUS PUISSIEZ OU NON DONNER VOTRE SANG AUJOURD'HUI, MERCI D'EN AVOIR FAIT LA DÉMARCHE

Les informations recueillies et qui vous sont demandées à l'occasion du questionnaire préalable au don, de l'entretien préalable au don, celles issues des analyses de qualification biologique et de contrôle qualité du don et des échantillons provenant de l'activité de collecte et les informations post-don font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel par le CTS situé au CHPF, en tant que responsable de traitement.

Ces traitements sont destinés à permettre la gestion des dons du sang et à assurer la sécurité de la chaîne transfusionnelle. Le traitement de vos données pour cette finalité est obligatoire, parce que requis par la réglementation dès lors que vous vous inscrivez dans le processus du don du sang et ce même si vous faites l'objet d'une contre-indication au don.

Les traitements de données mis en œuvre par le CTS ont également comme finalité la gestion de la relation entre le CTS et vous dans le cadre de la promotion du don.

A cette fin, le CTS sera susceptible de vous solliciter par différents canaux de communication (appel téléphonique, SMS, mail).

Si vous y consentez, le CTS pourra utiliser votre don à des fins de recherche, pour l'enseignement et pour un usage non thérapeutique.

Ces traitements mis en œuvre par le CTS ont différentes bases légales et notamment le respect d'une obligation légale (Arrêté n° 506 CM du 7 avril 2022), l'exercice d'une mission d'intérêt public et le consentement des personnes (que vous pouvez retirer à tout moment). Les données collectées ne sont communiquées qu'aux seuls destinataires autorisés. La durée de conservation des données varie en fonction des traitements. Elle est au maximum de 30 ans.

Conformément aux lois et règlements en vigueur en matière de protection des données, sous certaines conditions et si vous justifiez de votre identité, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement limité aux cas d'inexactitude. Vous pouvez également vous opposer à toute sollicitation en matière de promotion du don.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter l'un des médecins du CTS.

Enfin, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles, rendez-vous sur le site <https://www.cht.pf/>.

A ■ ÉTAT DE SANTÉ POUR POUVOIR DONNER DU SANG

- 1** Vous sentez-vous en forme pour donner du sang ? Oui Non Je ne sais pas
- 2** Avez-vous :
- A Consulté un médecin dans les 4 derniers mois ? Oui Non Je ne sais pas
- B Réalisé des examens de santé (bilan biologique, radiographies...) dans les 4 derniers mois ? Oui Non Je ne sais pas
- C Pris (ou prenez-vous actuellement) des médicaments (même à titre préventif) ? Si oui, quand et lesquels ? Oui Non Je ne sais pas
- D Pris un médicament pour prévenir l'infection à VIH comme la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ou la prophylaxie post-exposition (PEP) dans les 4 derniers mois ? Oui Non Je ne sais pas
- E Eu une injection de désensibilisation pour allergie dans les 15 derniers jours ? Oui Non Je ne sais pas
- 3** Avez-vous été vacciné(e) :
- A Contre l'hépatite B ? Oui Non Je ne sais pas
- B Contre d'autres maladies dans le dernier mois ? Oui Non Je ne sais pas
- C Contre le tétanos dans les 2 dernières années (rappel)? Oui Non Je ne sais pas
- 4** Avez-vous récemment eu des saignements (du nez, des hémorroïdes, des règles abondantes...) ? Oui Non Je ne sais pas

Don de sang, Don de vie



don du sang en Polynésie

5	Avez-vous ressenti dans les jours ou semaines qui précèdent une douleur thoracique ou un essoufflement anormal à la suite d'un effort ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
6	Avez-vous été traité(e) dans les 3 dernières années pour un psoriasis important ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
7	Avez-vous une maladie qui nécessite un suivi médical régulier ? Si oui, laquelle ?.....	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
8	Avez-vous prévu une activité avec efforts physiques (sportive, professionnelle...) juste après votre don ? Si oui, laquelle ?.....	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
AU COURS DE VOTRE VIE				
9	Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? Si oui, pourquoi ?.....	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
10	Avez-vous déjà été opéré(e) ou hospitalisé(e) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
11	Avez-vous eu de l'asthme, une réaction allergique importante, notamment lors d'un soin médical ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
12	Avez-vous une maladie de la coagulation du sang ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
13	Avez-vous eu une anémie, un manque de globules rouges, un traitement pour compenser un manque de fer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
14	Avez-vous eu un diagnostic de cancer (y compris mélanome, leucémie, lymphome...) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
15	Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire, des crises d'épilepsie, des convulsions (en dehors de l'enfance), des syncopes répétées ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
POUR LES FEMMES				
16	Êtes-vous enceinte ou l'avez-vous été dans les 6 derniers mois ? Préciser le nombre de grossesses que vous avez eues au cours de votre vie :.....	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas

B RISQUES DE TRANSMISSION D'AGENT INFECTIEUX PAR LE SANG

Les voyages, les soins ou traitements reçus, les antécédents familiaux, certaines pratiques (les vôtres ou celles de votre partenaire) sont autant de circonstances qui peuvent vous avoir exposé(e) à des agents infectieux transmissibles par le sang, notamment (mais pas seulement) le VIH, les virus de l'hépatite B ou C, certains virus saisonniers (arboviroses), l'agent du paludisme, des bactéries....

Les questions qui suivent explorent ces situations.

En fonction de vos réponses, votre don pourra faire l'objet de tests complémentaires, ou bien nous vous demanderons de le différer. En effet, même pour les agents infectieux systématiquement dépistés sur chaque don, comme par exemple le VIH, il existe une période de quelques jours, juste après la contamination, appelée « fenêtre silencieuse ». Si le don a lieu pendant cette période, le test de dépistage ne peut pas encore détecter l'infection recherchée. Pourtant l'agent infectieux est déjà présent dans le sang et l'infection risque d'être transmise au patient lors de la transfusion.

Lisez attentivement toutes les questions. Lors de l'entretien préalable au don, vous pourrez aborder, en toute confidentialité ces sujets, ou d'autres, si vous estimez vous trouver dans une situation particulière non envisagée par ce questionnaire, et ainsi compléter vos réponses ou recevoir les explications souhaitées.

En répondant avec sincérité à ces questions, que vous puissiez ou non donner votre sang aujourd'hui, vous devenez plus qu'un donneur : vous êtes un acteur engagé au service de la santé. C'est avec et grâce à vous que les dons de sang peuvent être effectués en toute sécurité pour les malades auxquels ils sont destinés.

B 1 RISQUES LIÉS AUX VOYAGES ET SÉJOURS À L'ÉTRANGER				
17	Avez-vous voyagé au moins une fois dans votre vie hors de Polynésie française ? Si oui précisez :.....	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
18	Si vous avez déjà voyagé, avez-vous séjourné dans les 3 dernières années hors de Polynésie ? Si oui précisez :.....	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
19	Avez-vous déjà fait une crise de paludisme(malaria) ou une fièvre inexpliquée pendant ou après un séjour où sévit le paludisme ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
20	Avez-vous voyagé hors de Polynésie durant le dernier mois ? Si oui précisez :.....	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
21	Avez-vous séjourné (plus d'un an cumulé) au Royaume-Uni entre 1980 et 1996 ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
22	Avez-vous eu un diagnostic de maladie de Chagas ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
23	Votre mère est-elle née en Amérique du Sud, centrale ou au Mexique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
B 2 RISQUES LIÉS À DES SOINS REÇUS OU À CERTAINS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX				
24	Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 7 derniers jours ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
25	Avez-vous eu de la fièvre(>38°C), un problème infectieux dans les 15 derniers jours ? une gastro-entérite ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
26	Avez-vous eu une lésion ou infection de la peau dans les 15 derniers jours ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
27	Avez-vous été en contact avec une personne ayant une maladie contagieuse au cours du dernier mois ? Si oui, quelle maladie ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
28	Avez-vous fait un tatouage ou un piercing (y compris maquillage permanent, percement d'oreilles) dans les 4 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
29	Avez-vous été en contact avec du sang humain par piqûre, plaie ou projection dans les 4 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
30	Avez-vous été traité(e) par acupuncture, mésothérapie ou pour une sclérose des varices dans les 4 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
31	Avez-vous eu une endoscopie (fibroscopie, gastroscopie, coloscopie..) dans les 4 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
32	Avez-vous eu plusieurs infections urinaires au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
AU COURS DE VOTRE VIE				
33	Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ou une greffe d'organe ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
34	Avez-vous eu une greffe de cornée ou de dure mère ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
35	Avez-vous reçu un traitement par hormone de croissance avant 1989 ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
36	Un membre de votre famille a-t-il été atteint d'une maladie de Creutzfeldt-Jakob, maladie de Gertsman-Straüssler-Scheinker, insomnie fatale familiale ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
B 3 RISQUES DE TRANSMISSION D'AGENTS INFECTIEUX LIÉS À UNE EXPOSITION PAR VOIE SANGUINE OU SEXUELLE				
37	Avez-vous déjà été testé positif pour le VIH (virus du SIDA), pour le VHB ou VHC (virus de l'hépatite B, C) ou le virus HTLV ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
38	Pensez-vous avoir besoin d'un test de dépistage pour le VIH, VHB,VHC ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
39	À votre connaissance une personne de votre entourage est-elle porteuse de l'hépatite B ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
40	Avez-vous déjà utilisé par voie injectable des drogues ou des substances dopantes non prescrites par un médecin (même une seule fois) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas