

# QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRE-CONVOCATION

## APTITUDE AU DON DE MOELLE OSSEUSE

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>	<b>NOM DE JEUNE FILLE :</b>
<b>DATE DE NAISSANCE :</b>		
<b>ADRESSE COMPLETE :</b>		
<b>☎ DOMICILE :</b>	<b>☎ PORTABLE :</b>	
<b>ADRESSE EMAIL :</b>		

**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

**Avez-vous eu des crises d'épilepsie ?**  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 autre 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 :**