

**Plooschter Projet asbl**

30, rue du cimetière  
L- 3715 Rumelange

www.plooschterprojet.lu  
like us on Facebook  
info@plooschterprojet.lu  
Tel.: +352 621 69 51 55

CCPLULL **PLOOSCHTERPROJET**  
IBAN LU67 1111 7033 0252 0000



# Plooschter Projet



Dambacher Weg 5 D-55765 Birkenfeld

## Déclaration d'engagement volontaire initial Pour donneurs de moelle osseuse

Par la présente, je soussigné(e) donne mon accord pour être donneur de moelle osseuse ou de cellules souches au bénéfice d'un(e) malade inconnu(e) n'ayant aucun lien de parenté avec moi. Ce don sera volontaire, anonyme et bénévole. J'ai lu et compris les informations sur le

don volontaire de moelle ou de cellules souches. En outre, j'ai eu l'occasion de m'informer dans le cadre d'un entretien pré-don. Concernant le prélèvement de sang ou de moelle osseuse, j'ai pris connaissance des critères d'exclusion, des objectifs poursuivis ainsi que des procédures administratives et techniques, et je suis conscient(e) des risques potentiels. Je donne mon accord à un prélèvement de sang (d'environ 7,5ml) ou à un frottis buccal pour la détermination de mon groupe tissulaire (HLA) et des sérologies virales nécessaires. Un échantillon du prélèvement sera conservé et utilisé en vue de tests complémentaires de recherche de compatibilité. Je donne également mon accord pour me soumettre le cas échéant et en cas de besoin à d'autres investigations médicales nécessaires à cet effet.

J'accepte que mes données personnelles reprises ci-dessous ainsi que les données en relation avec mon groupe tissulaire soient inscrites et conservées dans la banque de données de la fondation Stefan-Morsch-Stiftung / Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP) et ce conformément aux dispositions légales sur la protection des données. J'accepte que mes données significatives (HLA, le cas échéant groupe sanguin, date de naissance, sexe) et mon numéro personnel anonymisé soient transmis au registre central en Allemagne (ZKRD, Ulm) ainsi qu'à d'autres registres internationaux et à des organisations recherchant des donneurs.

Mes données ne pourront en aucun cas être transmises à des tiers sans mon accord formel. Le présent engagement est révoquant à tout moment et ce sans indication de raison. Je m'engage à signaler tout changement d'adresse, de numéro de téléphone et d'adresse e-mail. En cas de non-signalement d'un changement d'adresse, je consens à ce que des renseignements soient pris auprès de la commune compétente. J'accepte qu'on m'envoie des informations au sujet de la Stefan-Morsch-Stiftung / Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP)

Numéro de donneur: \_\_\_\_\_

Remplir en MAJUSCULES s.v.p.!

Je suis déjà enregistré(e):

Oui  Non

J'ai plus de 40 ans:

Oui  Non

J'ai déjà eu plus de deux grossesses:

Oui  Non

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Sexe:  féminin  masculin  autre

Rue: \_\_\_\_\_

Numéro: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

**Je suis joignable par téléphone ou e-mail au:**

Tél. privé: \_\_\_\_\_

Tél. bureau: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Tél. mobile: \_\_\_\_\_

Lieu

Date

Signature

# Questionnaire concernant votre état de santé

Veillez lire attentivement le questionnaire ci-dessous et remplissez-le consciencieusement et intégralement.

## Souffrez-vous d'une des maladies suivantes ?

Oui Non

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cancer ou autre néoplasie maligne (même guéris)

Diabète sucré insulino-dépendant

Asthme bronchique grave nécessitant une thérapie

Bronchite chronique obstructive grave

Maladies cardiaques graves, telles que: maladie coronarienne, angine de poitrine, arythmies grave, infarctus du myocarde

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies rénales graves

Maladies du système vasculaire telles que : maladies cérébro-vasculaires (p.ex. accident vasculaire cérébral), thrombose artérielle, thrombose veineuse répétitive

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Porteur permanent de salmonelles (salmonella typhiques et paratyphiques)

Hépatites aiguës et chroniques (jaunisse infectieuse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infection à HIV (SIDA)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies vénériennes non guéries comme syphilis ou gonorrhée

Maladies auto-immunes telles que : maladie de Crohn, maladie de Basedow, polyarthrite

rhumatoïde, sclérose en plaques, lupus érythémateux

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toxicomanies telles que: dépendance médicamenteuse, dépendance alcoolique ou aux drogues illicites

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies infectieuses existantes ou passées telles que : babésiose, trypanosomiasis (maladie du sommeil ou de Chaggas), leishmaniose, malaria, lèpre, brucellose, rickettsiose, fièvre récurrente, tularémie (peste du lièvre)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies sanguines héréditaires telles que thalassémie, drépanocytose

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été traité(e) avec des hormones hypophysaires du type hormone de croissance ?

Appartenez-vous à un groupe à risques pour les maladies infectieuses graves comme les hépatites?

B et C, le SIDA (concerne surtout les hommes homo- et bisexuels, les prostitué(e)s et les prison-

niers/ères)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous eu une transplantation de tissu ou d'un organe d'origine animale ?

Existe-t-il des antécédents de maladie de Creutzfeldt-Jakob dans la famille?

Souffrez-vous de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob ; avez-vous été l'objet d'une transplantation de

dure-mère ou de cornée?

## Maladies qui requièrent une clarification individuelle:

Oui Non

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bronchites

Hypertension

Allergies - lesquelles ? \_\_\_\_\_

## Zusätzliche Informationen:

Groupe sanguin: (si connu) \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_

Poids: \_\_\_\_\_

Je confirme que je n'ai jamais souffert ni ne souffre de maladies graves et durables et que je pense être en bonne santé.

\_\_\_\_\_

Lieu

Date

Signature

**GIDD**  
**STAMMZELLESPENDER,**  
**RETT LIEWEN!**

[www.plooschterprojekt.lu](http://www.plooschterprojekt.lu)