

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Entrevue réalisée :  Par téléphone  En personne

Date et heure de l'entrevue : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ hh:mm

Informations concernant le donneur potentiel

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Statut civil :  Célibataire  Conjoint de fait  Marié  Divorcé  Veuf  Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Occupation professionnelle : \_\_\_\_\_

Informations concernant la personne rencontrée pour l'entrevue

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec le donneur potentiel : \_\_\_\_\_

A) Pensez-vous connaître suffisamment le donneur potentiel pour répondre aux questions concernant ses antécédents médicaux, sociaux et sexuels ?  Non  Oui

B) Si non, connaissez-vous quelqu'un qui pourrait fournir les informations ?  Non  Oui

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Lien avec le donneur potentiel : \_\_\_\_\_

Personne qui conduit l'entrevue et complète le questionnaire

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Informations générales concernant le processus d'évaluation à transmettre à la personne rencontrée

- Le processus d'évaluation déterminant l'admissibilité du donneur inclut la révision de l'histoire médicale, ce questionnaire, un examen physique et le dépistage sérologique afin de prévenir la transmission d'une infection ou de maladies aux receveurs. Toute information reçue restera confidentielle. Ces informations pourraient être partagées avec d'autres organismes impliqués dans le don d'organes et de tissus.
- Le but des différentes mesures prises est de prévenir les risques de transmission de certaines maladies ou infections, telles que l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH, qui pourraient survenir suite à la transplantation d'un organe ou d'un tissu.
- La complémentarité de ces mesures permet de réduire au minimum le risque puisqu'un test sérologique négatif ne garantit pas que le donneur potentiel ne soit pas porteur d'une infection ou d'une maladie transmissible en raison de la fenêtre qui existe entre la contamination et la séroconversion.
- Les réponses aux questions doivent être données au meilleur de votre connaissance par « oui » ou par « non ».

Information supplémentaire à obtenir \*seulement si non obtenue lors de la signature du consentement

Dans le cas d'un don d'organes, si des résultats doivent être transmis à la famille ou aux proches du donneur, ils seront transmis à :

Nom et prénom du médecin de la famille ou des proches (facultatif) : \_\_\_\_\_

Informations pour le coordonnateur-conseiller clinique (générales)

Pour chacune des questions répondues par « oui », spécifiez les éléments entre les parenthèses, si possible.

**Porter une attention particulière aux informations obtenues puisqu'il pourrait s'agir d'une indication de distribution exceptionnelle.**

Informations pour le coordonnateur-conseiller clinique (donneur potentiel pédiatrique)

Si l'enfant est âgé de 28 jours ou moins et rien ne porte à croire qu'il a été exposé à un agent infectieux véhiculé par le sang après sa naissance, seuls des échantillons sanguins pour effectuer les tests sérologiques de substitution chez la mère naturelle sont nécessaires.

Si l'enfant est âgé de 18 mois ou moins ou allaité au cours des 12 derniers mois, la mère naturelle et l'enfant doivent fournir un échantillon sanguin pour effectuer les tests sérologiques requis.

De plus, la mère naturelle doit être évaluée à l'égard des comportements à risque de maladies transmissibles et selon la section « Questions supplémentaires concernant les antécédents de la mère naturelle d'un enfant âgé de 18 mois ou moins ou qui a été allaité au cours des 12 derniers mois ».

Si l'enfant est âgé de plus de 18 mois et moins de 11 ans et non allaité au cours des 12 derniers mois, l'enfant doit être évalué à l'égard des comportements à risque de maladies transmissibles seulement pour les questions de la section « Informations concernant les comportements à risque de maladies transmissibles » marquées d'une étoile.

Annexe(s) jointe(s) :  Tissus humains (ENR-00957)

\_\_\_\_\_



Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Donneur potentiel pédiatrique SEULEMENT

3. L'enfant est-il né dans un établissement de santé ?

Non ► Si non, spécifiez (lieu) :

Oui ► Si oui, spécifiez (nom de l'établissement) : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations générales sur l'état de santé POUR TOUT DONNEUR POTENTIEL

1. a) **A-t-il déjà été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale, souffert ou présenté des signes d'une maladie importante ou d'une infection sévère ?**

(incluant l'hospitalisation dans une unité psychiatrique)

Non     Oui    ► Si oui, spécifiez (type, durée, date, raison, nom du médecin, établissement de santé, dans le cas d'une infection, est-elle encore active ou traitée ?) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) **À quand remonte sa dernière visite chez son médecin et pour quelle(s) raison(s) ?**

Spécifiez (date, raison, nom du médecin, numéro de téléphone, établissement de santé) : \_\_\_\_\_

c) **Au cours des deux (2) dernières années, a-t-il consulté un médecin ?**

Non     Oui    ► Si oui, spécifiez (date, raison, nom du médecin, établissement de santé) :

\_\_\_\_\_

d) **Comment décririez-vous son état de santé général ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. **A-t-il déjà reçu de l'hormone de croissance d'origine humaine ?**

Non     Oui    ► Si oui, spécifiez (quand, lieu (pays), motifs) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations générales sur l'état de santé POUR TOUT DONNEUR POTENTIEL

3. **Consommait-il des médicaments sur une base régulière** (incluant les produits en vente libre, les vitamines, les produits naturels et les suppléments) ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lequel(s), depuis quand, raison(s)) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **Avait-il des allergies potentiellement mortelles** (noix, fruits de mer, pénicilline, latex, etc.) ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (allergène, type de réaction) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. a) **A-t-il déjà reçu des transfusions de sang ou de produits dérivés du sang ?**

Non ► Si non, passez à la question 6.  
 Oui ► Si oui, spécifiez (type, pays, date, raison(s)) et répondez à la question 5b) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) **A-t-il déjà reçu des transfusions de sang ou de produits dérivés du sang en Europe de l'Ouest, en France ou au Royaume-Uni depuis 1980 ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand) :

6. **A-t-il déjà été refusé en tant que donneur de sang ou lui a-t-on déjà dit de ne pas donner ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand, pourquoi) : \_\_\_\_\_

7. a) **Au cours des six (6) derniers mois, a-t-il été mordu par un animal ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (type d'animal, quand, traitement) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) **Si oui, a-t-il été traité comme si l'animal avait la rage ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand, traitement) : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations générales sur l'état de santé POUR TOUT DONNEUR POTENTIEL

8. a) Au cours des 12 derniers mois, a-t-il reçu un vaccin ?

Non  Oui ► Si oui, cochez le(s) type(s).

Type :  Hépatite B  Influenza  Rage  Variole  
 Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

► Spécifiez (quand, raison(s), complication) : \_\_\_\_\_

b) Au cours des huit (8) dernières semaines, a-t-il été en contact étroit\* avec une personne qui a été vaccinée contre la variole ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand) : \_\_\_\_\_

\* Le contact étroit est défini comme un contact avec le site de vaccination, un contact avec le bandage couvrant le site de vaccination ou toute manipulation de la literie ou de vêtements qui ont été en contact avec le site de vaccination non couvert.

9. a) Récemment, a-t-il présenté un ou plusieurs des signes ou symptômes suivants ?

Difficulté à avaler  Faiblesse musculaire  Fièvre persistante  Rash bénin  
 Manque de coordination  Maux de tête et douleur physique  Raideur au cou

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand) : \_\_\_\_\_

b) Au cours des 120 derniers jours, a-t-il reçu un diagnostic présumé ou confirmé d'infection au virus du Nil occidental (VNO) ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand) : \_\_\_\_\_

c) A-t-il déjà reçu un diagnostic, été investigué ou traité pour l'une des infections ou maladies suivantes ?

Type :  Cytomégalovirus (CMV)  Virus de l'herpès (herpès simplex, varicelle, zona)  
 Virus Epstein-Barr (VEB) (Mononucléose)  Toxoplasmose

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand) :

d) A-t-il déjà reçu un diagnostic présumé ou confirmé de l'une des maladies suivantes ?

Type :  Ebola  H1N1 (grippe A)  Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)  
 Chagas  Virus Zika

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand, traitement) :

e) A-t-il déjà été en contact direct ou exposé à une personne atteinte ou soupçonnée d'être atteinte de l'une des maladies suivantes ?

Type :  Ebola  H1N1 (grippe A)  Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand) :

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations générales sur l'état de santé POUR TOUT DONNEUR POTENTIEL

10. A-t-il déjà reçu un diagnostic d'une des maladies auto-immunes ou dégénératives chroniques suivantes ?

- Type :  Arthrite rhumatoïde  Lupus  Myasthénie grave  
 Périartérite noueuse  Sarcoidose  Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_  
 Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand) : \_\_\_\_\_

11. A-t-il déjà reçu un diagnostic de cancer incluant leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin ou myélome ?

- Non  Oui ► Si oui, spécifiez (type, quand) et cochez le traitement reçu :

\_\_\_\_\_

Chimiothérapie  Radiothérapie  Médication (spécifiez) : \_\_\_\_\_

12. a) A-t-il déjà souffert d'un trouble neurologique dégénératif d'origine virale ou inconnue, ou de l'une des maladies neurologiques ou du cerveau suivantes ?

- Type :  Alzheimer  Démence  Épilepsie  Sclérose latérale amyotrophique (Lou Gehrig)  
 Huntington  Parkinson  Sclérose en plaque  Syndrome de Guillain-Barré  
 Maladie à prions (maladie de Creutzfeldt-Jakob, variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, syndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker, autres encéphalopathies spongiformes transmissibles)  
 Non  Oui ► Si oui, spécifiez :

b) A-t-il déjà présenté un ou plusieurs des signes suivants ?

- Type :  Aphasie  Ataxie  Convulsions  Contractions musculaires involontaires  
 Périodes de confusion  Perte d'équilibre  Pertes de mémoire des événements récents  
 Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

c) A-t-il déjà reçu une greffe de dure-mère ?

- Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

d) Y a-t-il des antécédents familiaux (parents, enfants, sœurs, frères) de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou autre maladie reliée à des prions ?

- Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

e) A-t-il déjà souffert d'une des infections du cerveau suivantes ?

- Type :  Encéphalite active d'étiologie infectieuse ou inconnue  Leucoencéphalopathie multifocale progressive  
 Méningite active d'étiologie infectieuse ou inconnue  Panencéphalite sclérosante subaiguë  
 Poliomyélite  
 Non  Oui ► Si oui, spécifiez (étiologie, date de fin de traitement) : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations générales sur l'état de santé POUR TOUT DONNEUR POTENTIEL

13. a) **Avait-il des antécédents de diabète ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez les informations suivantes :

1. Type et depuis quand :

2. Médication orale : \_\_\_\_\_

3. Insulino-dépendant :  Non  Oui

4. Type d'insuline : \_\_\_\_\_

b) **Depuis 1980, a-t-il déjà utilisé de l'insuline d'origine bovine (Iletin) ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

c) (DONNEUR FÉMININ SEULEMENT) **A-t-elle déjà fait du diabète de grossesse ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

14. **Avait-il des antécédents d'un ou plusieurs des problèmes cardiovasculaires ou circulatoires suivants ?**

1. **Accident vasculaire cérébral ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (type, quand, traitement) : \_\_\_\_\_

2. **Hypertension ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (type, depuis quand, traité, contrôlé) : \_\_\_\_\_

3. **Maladie valvulaire, douleur thoracique ou autres problèmes cardiaques ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (type, depuis quand, traité, contrôlé) : \_\_\_\_\_

4. **Ulcères aux membres inférieurs ou autres problèmes circulatoires ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (type, depuis quand, traité, contrôlé) : \_\_\_\_\_



Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations générales sur l'état de santé POUR TOUT DONNEUR POTENTIEL

15. a) Avait-il des antécédents d'un ou plusieurs des problèmes respiratoires ou pulmonaires suivants ?

Non  Oui ► Si oui, cochez le type.

Type :  Asthme  Emphysème  Autre (spécifiez) :

► Et spécifiez (depuis quand, utilisation de corticostéroïde) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) A-t-il déjà souffert de tuberculose ou déjà eu un résultat positif à un test cutané à des fins de dépistage de la tuberculose ou été traité pour cette dernière ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (date, traitement, si traitement en prévention seulement) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. A-t-il déjà souffert d'une maladie du foie, d'une hépatite ou avait-il des antécédents de jaunisse ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (type, quand, traitement) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Avait-il des antécédents de problèmes digestifs, intestinaux (colite ulcéreuse, maladie de Crohn) ou de sang dans les selles ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (le(s)quel(s), depuis combien de temps ?) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. a) A-t-il déjà souffert d'infections urinaires fréquentes ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (historique d'infection et si actif présentement) :

b) A-t-il déjà souffert d'infection rénale ou d'un ou plusieurs troubles rénaux suivants ?

Type :  Calculs rénaux  Cystite  Pyélonéphrite

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (si actif présentement ou dans le passé, traitement, fréquence) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) A-t-il déjà subi des traitements de dialyse ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (type, quand, combien de temps) : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

**Informations générales sur l'état de santé POUR TOUT DONNEUR POTENTIEL**

**19. Y a-t-il des antécédents familiaux de l'une ou de plusieurs des maladies ou conditions mentionnées aux questions 10 à 18 ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez :

\_\_\_\_\_

**20. a) Est-il né à l'extérieur du Canada ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lieu) : \_\_\_\_\_

**b) Au cours des six (6) derniers mois, a-t-il voyagé à l'extérieur de la province du Québec ou à l'extérieur du Canada ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lieu, date) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**c) Au cours de sa vie, a-t-il déjà habité à l'extérieur du Canada pendant plus d'un mois ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lieu, date) :

Durée :

**d) Au cours de sa vie, a-t-il déjà voyagé à l'extérieur du Canada ?**

Non ► Si non, passez à la question 22.

Oui ► Si oui, complétez les questions subséquentes.

**e) Au cours des trois (3) dernières années, a-t-il séjourné, habité ou visité un pays autre que le Canada et les États-Unis ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lieu, date) :

Durée :

**f) Au cours des 21 derniers jours, a-t-il voyagé à l'extérieur du Canada ?**

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lieu, date) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Posez la question ci-dessous seulement entre le 1<sup>er</sup> décembre et le 31 mai.**

**g) Au cours des 56 derniers jours, a-t-il voyagé à l'extérieur de la province du Québec ?**

Non  Oui ► Si oui, faites effectuer le test VNO et spécifiez (lieu, date) :

\_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations générales sur l'état de santé POUR TOUT DONNEUR POTENTIEL

21. A-t-il séjourné cumulativement :

1. Trois (3) mois ou plus en France incluant la Corse et Monaco entre 1980 et 1996 inclusivement ?

(Territoires non concernés : Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Île de la Réunion, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon)

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lieu) : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

2. Trois (3) mois ou plus au Royaume-Uni entre 1980 et 1996 inclusivement ?

(Angleterre, Écosse, Irlande du Nord, Île Anglo-Normandes, Île de Guernesey, Île de Jersey, Île de Man, Pays de Galles)

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lieu) : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

3. Six (6) mois ou plus en Arabie Saoudite entre 1980 et 1996 inclusivement ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lieu) : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

4. Cinq (5) années ou plus dans un ou plusieurs pays de l'Europe depuis 1980 ?

(Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Hongrie, Italie, Irlande, Lichtenstein, Luxembourg, Macédoine, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République d'Irlande, République tchèque, République slovaque, Roumanie, Slovénie, Suède, Suisse, Yougoslavie)

*\* Inclure les séjours en France incluant la Corse, Monaco et au Royaume-Uni dans le calcul.*

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lieu) : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

22. A-t-il déjà consommé des produits du tabac ?

Non  Oui ► Si oui, cochez le(s) type(s).

Type :  Cigare  Cigarette  Pipe  Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

► Spécifiez (quantité, fréquence, durée, arrêt depuis quand) : \_\_\_\_\_

23. A-t-il déjà consommé de l'alcool ?

Non  Oui ► Si oui, cochez le(s) type(s).

Type :  Bière  Spiritueux  Vin  Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

► Spécifiez (quantité, fréquence, durée, arrêt depuis quand) : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations générales sur l'état de santé POUR TOUT DONNEUR POTENTIEL

24. A-t-il déjà été exposé à des substances toxiques ? (ex. : plomb, mercure, pesticide, arsenic, etc.)

Non     Oui    ► Si oui, spécifiez (type, fréquence, traitement) :

\_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations concernant les comportements à risque de maladies transmissibles

25. Au cours des 12 derniers mois :

★ 1. S'est-il fait tatouer la peau, percer les oreilles ou une autre partie du corps ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (date, établissement, si instrument/encre à usage unique ou partagé) : \_\_\_\_\_

★ 2. A-t-il déjà subi une piqûre d'aiguille accidentelle ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (date, endroit, situation) : \_\_\_\_\_

26. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il été détenu dans un centre de détention pour jeune contrevenant, une prison ou un pénitencier pendant plus de 72 heures consécutives ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

27. a) Au cours des six (6) derniers mois, a-t-il consommé de la cocaïne par voie nasale ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (dernière consommation, fréquence) : \_\_\_\_\_

b) A-t-il déjà consommé des drogues ou des substances non prescrites ?

★  Non  Oui ► Si oui, spécifiez (dernière consommation, voie d'utilisation, fréquence) :

1. Dans les 12 derniers mois : \_\_\_\_\_

2. Dans le passé : \_\_\_\_\_

Type :  Amphétamine  Cocaïne  Crystal Meth  Ecstasy  Hashish

Héroïne  Marijuana  Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

28. a) Au cours des cinq (5) dernières années, a-t-il fait l'usage d'aiguille pour s'injecter des médicaments (drogues) par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée à des fins non médicales ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

b) Au cours des 12 derniers mois, a-t-il eu des relations sexuelles avec une personne qui aurait fait usage d'aiguille pour s'injecter des médicaments (drogues) par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée à des fins non médicales ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations concernant les comportements à risque de maladies transmissibles

29. a) Au cours des cinq (5) dernières années, a-t-il eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues ?

Non  Oui

b) Au cours des 12 derniers mois, a-t-il eu des relations sexuelles avec une personne ayant eu au cours des cinq (5) dernières années des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues ?

Non  Oui

30. ★ A-t-il déjà effectué un test de dépistage du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C ou du HTLV 1-2 ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (lequel(s), date(s), résultat(s), raison(s)) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31. A-t-il déjà été traité pour une ou des infections transmissibles sexuellement suivantes ?

Type :  Chancroïdes  Chlamydia  
 Condylomes  Gonorrhée  
 Herpès génital  Maladies ulcéreuses génitales  
 Syphilis  Trichomonas

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (maladie, date, traitement, si actif ou traité) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. Au cours des 12 derniers mois :

★ 1. A-t-il été exposé à du sang d'une personne infectée ou soupçonnée d'être infectée par le VIH, le VHB ou le VHC à la suite d'une inoculation percutanée ou d'un contact avec une plaie ouverte, une peau non intacte ou une muqueuse ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

2. A-t-il eu une relation sexuelle avec une personne qu'il savait infectée ou soupçonnait d'être infectée par le VIH, l'hépatite virale cliniquement active (B ou C) ou toute autre infection transmissible sexuellement ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez :

★ 3. A-t-il eu un contact étroit (vivre sous le même toit, partager la cuisine et la salle de bain) avec une personne atteinte d'hépatite virale cliniquement active (B ou C) ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez :

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Informations concernant les comportements à risque de maladies transmissibles

33. a) (DONNEUR MASCULIN SEULEMENT) Au cours des 12 derniers mois, a-t-il déjà eu des activités sexuelles avec un autre homme ?

Non  Oui

b) (DONNEUR FÉMININ SEULEMENT) Au cours des 12 derniers mois, a-t-elle déjà eu des activités sexuelles avec un homme qui aurait eu des activités sexuelles avec un autre homme au cours des 12 derniers mois ?

Non  Oui

34. Au cours des 21 derniers jours :

1. A-t-il eu des relations sexuelles avec un homme ayant reçu un diagnostic médical d'infection par le virus Zika au cours des six (6) derniers mois précédant ladite relation?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (date, traitement) : \_\_\_\_\_

2. A-t-il eu des relations sexuelles avec un homme ayant séjourné, habité ou voyagé dans une zone touchée par le virus Zika au cours des six (6) derniers mois ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (date, traitement) : \_\_\_\_\_

35. a) Récemment, a-t-il présenté un ou plusieurs des signes ou symptômes suivants ?



- |                                                                                                                    |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diarrhée persistante                                                                      | <input type="checkbox"/> Fièvre 38.5°C (100,5 F) pendant plus de 10 jours                  |
| <input type="checkbox"/> Fatigue inexplicable                                                                      | <input type="checkbox"/> Ganglions lymphatiques enflés depuis plus d'un (1) mois           |
| <input type="checkbox"/> Infections inhabituelles                                                                  | <input type="checkbox"/> Sudations nocturnes inexplicables                                 |
| <input type="checkbox"/> Nausées, vomissements                                                                     | <input type="checkbox"/> Symptômes grippaux (frissons, toux persistante, dyspnée, fatigue) |
| <input type="checkbox"/> Présence de taches bleutées, violacées, grises ou noires sur la peau ou sur les muqueuses |                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ► Si oui, spécifiez :                                    |                                                                                            |



b) A-t-il déjà connu des épisodes de perte de poids inexplicable ?

Non  Oui ► Si oui, spécifiez (quand) : \_\_\_\_\_

36. Après avoir répondu aux questions sur l'état de santé et les comportements à risque du donneur potentiel, y aurait-il d'autres préoccupations qui pourraient vous laisser croire que le don d'organes ne devrait pas avoir lieu ?



Non  Oui ► Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

