**COORDONNÉES DU CENTRE DONNEUR**

Adresse du centre donneur

Nom et prénom du médecin

**INFORMATIONS SUR LE DONNEUR**

*Nom et prénom du donneur*

*Date de naissance : Groupe sanguin (si connu) :*

*N° de registre national/n° de carte d’identité Appartenance ethnique*

*Adresse complète du donneur :*

*Coordonnées du donneur :*

*Tél. domicile : Tél. lieu de travail :*

*GSM :*

*Adresse e-mail :*

En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez avoir pris connaissance du présent document. Veuillez également indiquer ci-dessous si vous êtes d’accord avec chaque énoncé.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je suis toujours candidat au don volontaire de cellules souches et désire rester enregistré comme donneur dans le registre des donneurs de moelle osseuse. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’ai compris les informations et j’ai reçu une réponse adéquate à mes questions. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je donne mon accord pour un prélèvement supplémentaire d’échantillons de sang en vue d’un don volontaire de cellules souches. Les tests demandés seront déterminés par le centre de transplantation du receveur. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’autorise le registre et le centre des donneurs à utiliser de façon anonyme mes données dans la recherche d’un donneur de cellules souches compatible, tant pour les patients belges que pour les patients internationaux. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que la confidentialité du typage sera assurée. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| La présente déclaration de consentement est éclairée, consciente et libre. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je remplis un questionnaire médical avec le médecin afin de déterminer une nouvelle fois mon aptitude physique comme donneur. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je confirme que toutes les informations de la déclaration de consentement faite au moment de l’inscription au registre des donneurs de cellules souches volontaires non familiaux sont restées inchangées :* Dans la négative, merci de préciser :

……………………………………………………………………………… | [ ]  OUI | [ ]  NON |

Par les présentes, je déclare avoir lu le présent document et avoir reçu suffisamment d’explications :

[ ]  J’ai reçu une copie de la lettre d’information générale destinée au donneur.

[ ]  J’ai reçu une copie de la lettre d’information concernant les frais du donneur et la communication

anonyme.

[ ]  J’ai reçu une copie de la présente déclaration de consentement.

***Signature du donneur Signature du médecin***

*Fait à : Fait à :*

*Date : Date :*

Rempli en deux exemplaires originaux :

* Un pour le candidat au don
* Un pour le dossier