**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