

ATTESTATION POUR LES DONNEURS AVEC HEMOCHROMATOSE

Etablissement la Transfusion de Sang ASBL

Page 1 / 1

Cher confrère, chère consœur,

L'arrêté Royal modifiant la loi du 05 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine, nous autorise à admettre les patients atteints d'hémochromatose comme donneurs de sang, pour autant qu'ils soient dans certaines conditions (voir ci-dessous), et qu'ils répondent aux exigences des critères de sélection liés au don de sang total et de composants sanguins.

VOLET A COMPLETER PAR LE MEDECIN SOIGNANT

*Je soussigné, Docteur _____, atteste que M./Mme. _____
_____ né(e) le _____*

- ☐ Est porteur/porteuse asymptomatique de la mutation HFE, et des saignées thérapeutiques ne sont pas nécessaires.
- ☐ Est atteint(te) d'hémochromatose héréditaire dans la phase d'entretien, et qu'il (elle) ;
 - ✓ Ne présente pas de lésion organique irréversible due à la surcharge en fer ;
 - ✓ A un taux de ferritine (**DOSÉ DANS LE MOIS** qui précède cette présente attestation) dans valeurs de référence ;
 - ✓ N'a pas besoin de plus d'une saignée tous les 2 mois, ni d'un volume supérieur à 450ml/ saignée.

Signature et cachet du médecin soignant

Date _____

VOLET A COMPLETER PAR LE MEDECIN DE LA SELECTION MEDICALE (ETS)

Numéro d'identification du donneur : _____

Numéro de don : _____

- ☐ Rapport médical initial
- ☐ Rapport médical de suivi

Décision du médecin de Sélection Médicale :

- ☐ Autorise le prélèvement
- ☐ Refuse le prélèvement

Signature et cachet du médecin de Sélection

Date _____

Vérification et validation par le Responsable MEDICAL de « LA TRANSFUSION DU SANG » asbl

- ☐ Conforme ;
- ☐ Non-Conforme.

Signature du Responsable Médical Dépt. Collecte

Commentaires :

Date _____

Attestation valable pour une durée maximale de 1 an à compter de la date de signature du médecin soignant

Asbl « La Transfusion du sang »

31, Boulevard Zoé Drion, 6000 Charleroi.

Tél. : 071/532.988 .|. Mail : medecin@dondesang.be