

	Formulaire	Date : 14/12/2022	ID : MED-SEM-FO-04B	v. 2
	ATTEST HEMOCHROMATOSEPATIENTEN ALS BLOEDDONOR			
Etablissement la Transfusion de Sang ASBL			Page 1 / 1	

Geachte collega,

Door de wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloederivaten van menselijke oorsprong, machtigt ons om patiënten die lijden aan hemochromatose als bloeddonor toe te laten, op voorwaarde dat ze onder bepaalde voorwaarden zijn (zie hieronder) en dat ze voldoen aan de vereisten van de selectiecriteria met betrekking tot de donatie van totaal bloed en bloedbestanddelen.

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELENDE ARTS	
Ik ondergetekende dokter _____, verklaar hierbij dat de heer/mevrouw : _____, geboortedatum : _____ ; ❖ Asymptomatische drager is van de HFE-mutatie en therapeutische aderlating niet nodig is. ❖ Erfelijke hemochromatose heeft in de onderhoudsfase, en dat hij (zij) : 1. Geen onomkeerbare organische schade heeft door ijzerstapeling ; 2. Een ferritinegehalte (GEMETEN IN DE MAAND voorafgaand aan dit attest) heeft dat wordt gevonden in de referentiewaarden ; 3. Niet meer dan één aderlating per 2 maanden nodig, noch een volume groter dan 450 ml / aderlating. Handtekening en stempel van de behandelend arts Datum _____	
IN TE VULLEN DOOR DE INSTELLING « BLOEDDONATIE »	
Identificatienummer van de donor : _____ Donatienummer : _____ ☐ Eerste medisch rapport ☐ Follow-up medisch rapport <u>Beslissing van de dokter van de medische selectie :</u> ☐ Autoriseert donatie. ☐ Weigeren donatie Handtekening en stempel van de Selectiearts Datum _____	
Verificatie en validatie door de Medical Manager van DE INSTELLING « BLOEDDONATIE »	
☐ Conform. ☐ Niet-Conform. <u>Opmerkingen :</u> Handtekening van de arts die verantwoordelijk is voor de bloedafnamedienst Datum _____	

Certificaat geldig voor een periode van maximaal 1 jaar vanaf de datum van ondertekening door de behandelende arts