

ATTESTATION POUR LES DONNEURS AVEC HEMOCHROMATOSE

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