



ENGAGEMENT VOLONTAIRE INITIAL

Donneur de moelle et de Cellules Souches Périphériques (CSP)

Je suis volontaire pour être donneur de cellules souches médullaires et périphériques en faveur d'un(e) malade qui ne m'est pas apparenté(e) et qui n'a pas de donneur dans sa famille. Je suis âgé(e) de 18 à 50 ans.

J'accepte de me soumettre à une prise de sang, en vue de la détermination de mon groupage tissulaire et des sérologies virales obligatoires, sur convocation du laboratoire spécialisé en fonction de son planning, d'ici quelques mois. Je serai alors inscrit(e) sur le Registre National de Donneurs de cellules souches médullaires et périphériques "France Greffe de Moelle". Un prélèvement biologique sera conservé et utilisé en vue de tests complémentaires de recherche de compatibilité. Il sera, par ailleurs, conservé un prélèvement pour réévaluation régulière de la compatibilité, au fur et à mesure de l'évolution des connaissances scientifiques.

A ma demande, j'obtiendrai tous les renseignements contenus dans mon dossier.

J'ai pris connaissance que :

- Ce don est volontaire, anonyme et bénévole ;
- Le prélèvement sera **soit un prélèvement de moelle** qui se fera sous anesthésie générale, laquelle sera décidée par l'anesthésiste de l'Hôpital assurant le prélèvement ;
 - Je serai hospitalisé(e) 48 heures et aurai, s'il y a lieu, une période d'arrêt de travail déterminée par le corps médical ;
- **Soit un prélèvement de cellules périphériques** se fera après 4 injections d'un médicament appelé facteur de croissance délivré par un médecin hématologiste ;
 - Le prélèvement se fera dans un Centre de Thérapie Cellulaire, par leucaphérèse, laquelle sera décidée par l'hémobiologiste du Centre ;
- Les frais, inhérents à l'organisation de ces prélèvements, seront pris en charge par l'Hôpital Greffeur ;
- Je ne chercherai jamais à connaître le patient qui aura reçu ma moelle ;
- Je pourrai, exceptionnellement, être sollicité(e) dans un avenir plus ou moins proche, pour un second don de moelle ou de cellules sanguines périphériques, pour le bénéfice du même patient ;
- Je dois signaler tout changement d'adresse ;

Je m'engage donc à devenir donneur de cellules médullaires et périphériques, et à le rester, si possible, jusqu'à l'âge de 60 ans. Je sais que cet engagement reste révoquant à tout moment.

A _____, le _____ Signature :

Renseignements à fournir (en caractères d'imprimerie)

Nom : _____	Prénoms : _____
Nom de jeune fille : _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____
Adresse : _____	
e-mail : _____	
Code postal : _____	Localité : _____
Tél personnel : _____	Tél professionnel : _____
2 ^{ème} adresse (Parents, amis...) :	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Localité : _____
Tél : _____	