



Numéro de prélèvement

Vorname | Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ | Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Erinnerung per SMS: ☐ Ja ☐ Nein

Durch Ankreuzen des Feldes JA willige ich ein, dass mich das Blutspendezentrum per SMS an den nächstmöglichen Spendetermin erinnert und bin damit einverstanden, dass meine Spenderdaten (Name, Mobiltelefonnummer, Spendetermine, Spendearten) dazu vom Blutspendezentrum bearbeitet werden.

E-Mail: \_\_\_\_\_

Durch Angabe meiner E-Mailadresse willige ich ein, dass mich das Blutspendezentrum per E-Mail zu persönlichen Kommunikationszwecken kontaktiert und meine Spenderdaten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon, Blutgruppe, Spendetermine, Spendearten, Prämienpunkte) dazu vom Blutspendezentrum auf deren internen Software gespeichert, an die Agentur Mindstudios übermittelt und mit der Kommunikationssoftware von BREVO (Köpenicker Strasse 126, 10179 Berlin) verknüpft werden. Ich habe die Möglichkeit, diesen persönlichen Service jederzeit wieder abzubestellen.

Blutspende SRK Nordwestschweiz, Hauptsitz, Hebelstrasse 10, 4031 Basel, Schweiz  
058 404 01 00, info@blutspende-nw.ch, blutspende-nordwestschweiz.ch

Entrée en vigueur:

**01.02.2026**

Chère donneuse, cher donneur

**En fonction de votre capacité au don, vous aurez à nouveau l'autorisation de donner du sang à partir de la date indiquée ci-dessous.**

Votre solde de points pour  
la boutique de primes

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Veuillez s'il vous plaît remplir ce questionnaire, au plus tôt 24 heures avant votre don de sang, **avec un stylo bleu ou noir, en caractères d'imprimerie** et amenez ce questionnaire avec vous. Pour toutes questions veuillez contacter notre équipe afin de déterminer votre actuelle possibilité de don.

**Réservé à des fins internes**

| Neu                                                                                                                                    | Typ | Q <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | vBB | RhD | WNV | FER                           | AKST | kapHb    | Blutdruck | Puls          | Gewicht |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-------------------------------|------|----------|-----------|---------------|---------|
|                                                                                                                                        |     | Ma AK <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/><br>Chag <input type="checkbox"/> HH <input type="checkbox"/><br>WNV <input type="checkbox"/> NonK <input type="checkbox"/> |     |     |     |                               |      |          |           |               |         |
| Flyer-/<br>Erstspenderinfo                                                                                                             |     | Spendetauglichkeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls «Nein», Grund:                                                                                  |     |     |     |                               |      |          |           |               |         |
| Visum:                                                                                                                                 |     | Visum BSD:                                                                                                                                                                             |     |     |     |                               |      |          |           |               |         |
| <input type="checkbox"/> Vollständigkeit des Fragebogens und Unterschrift überprüft<br><input type="checkbox"/> Identität kontrolliert |     |                                                                                                                                                                                        |     |     |     | BDKo <input type="checkbox"/> |      | Visum VP |           | Entnahmedauer |         |
| Datum:                                                                                                                                 |     | Visum BSD:                                                                                                                                                                             |     |     |     |                               |      |          |           |               |         |

**Bemerkungen:**

(durch Personal auszufüllen)

Vous venez de lire le **formulaire d'information pour les donneuses/donneurs de sang** et vous pensez être apte à donner de votre sang. Nous vous remercions de bien vouloir répondre avec la plus grande sincérité aux questions ci-dessous en cochant d'une croix la case correspondante. Vous contribuerez ainsi à assurer votre propre sécurité et celle des patients qui reçoivent votre sang.

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Oui                      | Non                      | Visa<br>SRTS CRS |
| 1.     | Avez-vous déjà fait un don de sang? Si oui, quand pour la dernière fois? _____ Ou? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 2.     | Pesez-vous au moins 50 kg?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 3.     | Vous sentez-vous actuellement en bonne santé?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 4.     | Au cours des 14 derniers jours, avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 5.     | Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu des soins médicaux, avez-vous eu de la fièvre à plus de 38°C ou d'autres maladies légères telles que diarrhée, rhume?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 6. a)  | Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments – même en l'absence de prescription médicale – (p. ex. comprimés, injections, suppositoires)? Si oui, lesquels? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| b)     | Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments contre l'hyperplasie prostatique ou la chute des cheveux (p. ex. Proscar®, Finasterid-Mepha Procapil®, Finacapil® ou Propecia®) ou contre l'acné/eczéma (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® ou Toctino®) ou contre la dépression (médicaments contenant du lithium, par exemple Lithiofor®) ou la migraine (p. ex. Topamax®) ou contre les troubles bipolaires (par exemple Convulex® ou Tegretol®)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| c)     | Avez-vous pris des médicaments contre l'endométriose (p. ex. Lucrin Depot®) au cours des deux derniers mois?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| d)     | Au cours des 4 derniers mois, avez-vous pris une thérapie antirétrovirale PEP/PrEP (par exemple Truvada®, Isentress®, Prezista® ou Norvir®) ou reçu des médicaments fabriqués à partir de sang?                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| e)     | Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris du Avodart® ou Duodart® contre l'élargissement de la prostate?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| f)     | Au cours des 6 derniers mois avez-vous reçu des cytostatiques (p. ex. du méthotrexate contre le psoriasis ou l'arthrite)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| g)     | Au cours des 3 dernières années, avez-vous pris du Neotigason®, Acicutan® contre le psoriasis ou Erivedge® en raison d'un carcinome basocellulaire?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 7. a)  | Avez-vous reçu une immunothérapie (cellules ou sérum d'origine humaine ou animale)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| b)     | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été vacciné(e) contre la rage ou le tétanos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| c)     | Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccins? Lesquels? _____ Quand? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 8.     | Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivants?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                  |
| a)     | Affection cardiaque/circulatoire ou pulmonaire (p. ex. problème de pression artérielle, infarctus, problèmes respiratoires, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), perte de conscience)?                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| b)     | Maladie de la peau (p. ex. blessure, éruption, eczéma, bouton de fièvre) ou affection allergique (p. ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| c)     | Autres maladies (p. ex. diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, cancer, ostéoporose)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 9.     | Au cours des 3 dernières années ou depuis votre dernier don de sang, avez-vous<br><input type="checkbox"/> séjourné à l'hôpital? <input type="checkbox"/> eu un accident? <input type="checkbox"/> été opéré(e)?                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 10. a) | Avez-vous reçu une greffe de tissu humain ou animal ou une transplantation d'organe?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| b)     | Avez-vous été opéré(e) du cerveau ou de la moelle épinière à l'étranger?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| c)     | Avez-vous été traité(e) par hormone de croissance ou reçu des injections d'hormones pour traiter l'infertilité avant le 1.1.1986?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| d)     | Etes-vous ou un membre de votre famille est-il ou a-t-il été atteint par la maladie de Creutzfeldt-Jakob? Veuillez le signaler même en cas de doute.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| e)     | Au cours des 4 derniers mois, ou depuis votre dernier don de sang, avez-vous reçu une transfusion sanguine?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 11. a) | Au cours des 6 derniers mois, avez-vous voyagé hors de la Suisse?<br>Si oui, où et pour combien de temps? _____<br>Depuis quand êtes-vous de retour? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| b)     | Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p. ex. fièvre)?<br>Si oui, précisez: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                  |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Oui                      | Non                      | Visa<br>SRTS CRS |
| 12. a) | Etes-vous né(e) hors de la Suisse, y avez-vous grandi ou vécu pendant plus de 6 mois?<br>Si oui, dans quel pays? _____<br>Depuis quand vivez-vous en Suisse? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| b)     | Votre mère est-elle née dans un pays extra-européen, y a-t-elle grandi ou vécu pendant plus de 6 mois?<br>Si oui, dans quel pays? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 13. a) | Avez-vous présenté au cours des<br>• <b>6 mois précédents:</b> <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> mononucléose infectieuse <input type="checkbox"/> amibiase <input type="checkbox"/> shigellose <input type="checkbox"/> FSME (méningo encéphalite à tiques)<br>• <b>12 mois précédents:</b> <input type="checkbox"/> bilharziose <input type="checkbox"/> gonorrhée<br>• <b>2 années précédentes:</b> <input type="checkbox"/> ostéomyélite <input type="checkbox"/> fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> fièvre récurrente <input type="checkbox"/> syndrome de Guillain-Barré <input type="checkbox"/> fièvre Q<br>Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes:<br><input type="checkbox"/> paludisme <input type="checkbox"/> maladie de Chagas <input type="checkbox"/> brucellose <input type="checkbox"/> échinococcose <input type="checkbox"/> leishmaniose <input type="checkbox"/> Lymphogranulome vénérien <input type="checkbox"/> filariose <input type="checkbox"/> babésiose <input type="checkbox"/> Ebola<br><input type="checkbox"/> ou d'autres infections graves?<br>Si oui, lesquelles? _____ Quand? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| b)     | Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été piqué(e) par une tique?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| d)     | Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu un contact avec une personne qui a ou a eu une maladie infectieuse?<br>Si oui, laquelle? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 14.    | Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu:<br><input type="checkbox"/> un tatouage, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> une épilation électrique, <input type="checkbox"/> des traitements cosmétiques tels que le maquillage permanent ou Microblading, <input type="checkbox"/> une gastroscopie, <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture, <input type="checkbox"/> un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, la bouche ou autres parties du corps, <input type="checkbox"/> une utilisation des sangsues?<br>Quand? _____ Où? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 15.    | Est-ce qu'une ou plusieurs des situations à risque suivantes s'appliquent à vous?<br>• Avez-vous eu un nouveau partenaire sexuel ou changé des partenaire sexuel au cours de 4 derniers mois?<br>• Avez-vous eu des rapports sexuels (protégé ou non) avec plus de deux personnes au cours des 4 derniers mois?<br>• Avez-vous eu des rapports sexuels sous l'influence de drogues de synthèse au cours des 12 derniers mois?<br>• Avez-vous eu des rapports sexuels pour lesquels vous avez reçu de l'argent ou d'autres prestations (drogues ou médicaments) au cours des 12 derniers mois?<br>• Avez-vous pris de la drogue par voie injectable?<br>• Avez-vous déjà contracté le HIV (sida) ou la jaunisse (hépatite B ou C) ou avez-vous déjà été testé positif pour ces virus?<br>• Avez-vous déjà eu la syphilis?<br>• Votre partenaire de vie, sexuel(le) ou de logement a-t-il/elle été atteint(e) d'une jaunisse (hépatite B ou C) au cours des 6 derniers mois?<br>• Votre partenaire sexuel(le) a-t-il/elle contracté le virus Zika au cours des 3 derniers mois?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 16. a) | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires<br>• qui ont été exposé(e)s à une situation à risque selon la question 15?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 16. b) | Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires<br>• qui ont eu un séjour plus de 6 mois dans un pays où le taux de l'infection au HIV, virus de l'hépatite B (HBV) ou l'hépatite C (HCV) est élevé ou y ont reçu une transfusion sanguine? Date de retour du partenaire: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| 17.    | <b>Si cela vous concerne:</b><br>• Avez-vous déjà été enceinte? Si oui, quand pour la dernière fois? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Bemerkungen zu Frage | Visum Personal |
|----------------------|----------------|

Formulaire de consentement à compléter et signer par la donneuse/le donneur:

- Je consens par la présente à donner de mon sang.
- Je confirme par ma signature que j'ai bien lu et compris toutes les informations du formulaire d'information pour les donneuses/donneurs de sang et que l'on m'a fourni toutes les explications nécessaires.
- Je confirme l'exactitude de mes données personnelles ainsi que la véracité et la sincérité de mes réponses au questionnaire.
- Je sais que le sang que je donne est soumis à des tests biologiques pouvant comporter des méthodes génétiques si nécessaire et qu'un échantillon de mon sang sera conservé pour d'éventuels contrôles selon la Loi sur les produits thérapeutiques. J'accepte d'être informé(e) des résultats en cas d'anomalie.

- Je suis d'accord que certains composants de mon don peuvent être utilisés pour la fabrication de médicaments.
- Les données personnelles collectées dans le cadre du don de sang sont soumises au secret médical et utilisées par Transfusion CRS Suisse (T-CH) et les services régionaux de transfusion sanguine (SRTS). Les SRTS sont légalement tenus à respecter la Loi sur la protection des données et de signaler aux autorités toute maladie soumise à déclaration obligatoire. Seules les informations codées (numéro du donneur, numéro du produit) et les caractéristiques du groupe sanguin sont transmises pour les soins aux patients.

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_