



**STEM CELL DONOR HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE
FOR USE AT TIME OF WORK-UP**

GRID :

Code Donneur / Donor ID :

Cachet de l'établissement / *Institution stamp*

**REPONSES SUSCEPTIBLES DE REPRESENTER
UNE CONTRE-INDICATION
ANSWERS LIKELY TO LEAD TO A
DONATION CONTRA-INDICATION**

Toute réponse positive entraîne soit une exclusion motivée, soit nécessite l'obtention d'un avis médical complémentaire.

Any positive answer leads to a motivated exclusion or requires a medical advice.

PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES
CARDIO-VASCULAR PATHOLOGIES

- | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| - Affections cardiaques sévères?
<i>Severe cardio-vascular diseases?</i> | <input type="checkbox"/> OUI / YES | <input type="checkbox"/> NON / NO |
| - Tension artérielle élevée traitée ?
<i>Chronic treated high blood pressure?</i> | <input type="checkbox"/> OUI / YES | <input type="checkbox"/> NON / NO |
| - Antécédents de phlébite?
<i>Past history of phlebitis?</i> | <input type="checkbox"/> OUI / YES | <input type="checkbox"/> NON / NO |
| - Antécédents d'embolie pulmonaire?
<i>Past history of pulmonary embolism?</i> | <input type="checkbox"/> OUI / YES | <input type="checkbox"/> NON / NO |
| - Antécédents familiaux répétés de / <i>Family repeated history of:</i> | | |
| . phlébite / <i>phlebitis?</i> | <input type="checkbox"/> OUI / YES | <input type="checkbox"/> NON / NO |
| . d'embolie pulmonaire / <i>pulmonary embolism?</i> | <input type="checkbox"/> OUI / YES | <input type="checkbox"/> NON / NO |

PATHOLOGIES BRONCHO-PULMONAIRES
BRONCHO-PULMONARY PATHOLOGIES

- | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| - Asthme traité / <i>Asthma?</i> | <input type="checkbox"/> OUI / YES | <input type="checkbox"/> NON / NO |
| - Insuffisance respiratoire chronique?
<i>Chronic pulmonary insufficiency?</i> | <input type="checkbox"/> OUI / YES | <input type="checkbox"/> NON / NO |

PATHOLOGIES METABOLIQUES
METABOLIC DISORDERS

- | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| - Déficit héréditaire enzymatique?
<i>Inherited enzymatic deficiency?</i> | <input type="checkbox"/> OUI / YES | <input type="checkbox"/> NON / NO |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|

GRID :

DID :

PATHOLOGIES NEURO-ENCEPHALIQUES
NEURO-ENCEPHALIC PATHOLOGIES

- Maladie du système nerveux central?
Central nervous system disease? OUI / YES NON / NO
- Encéphalopathie / *Encephalopathy?* OUI / YES NON / NO
- Épilepsie traitée / *Treated epilepsy?* OUI / YES NON / NO
- Intervention chirurgicale du système nerveux central?
Surgical history on central nervous system? OUI / YES NON / NO
- Hyperthermie maligne / *Malignant hyperthermia?* OUI / YES NON / NO
- Antécédents familiaux de la maladie de Creutzfeld-Jacob
ou du nouveau variant?
Family history of Creutzfeld-Jacob disease or of new variant? OUI / YES NON / NO

PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES
ENDOCRINAL PATHOLOGIES

- Diabète traité par insuline ou antidiabétique oraux?
Diabetes treated by insulin or oral anti-diabetics OUI / YES NON / NO
- Affections thyroïdiennes traitées (hyperthyroïdie, thyroïdite)?
Treated thyroid diseases (hyperthyroidism, thyroiditis)? OUI / YES NON / NO
- Antécédents de traitement par / *Past history of treatment by:*
 - . hormone de croissance / *Human growth hormone?* OUI / YES NON / NO
 - . gonadotrophines humaines d'origine hypophysaire?
Human pituitary gonadotrophins? OUI / YES NON / NO

ANTECEDENTS
CASE HISTORY

- Pathologies hématologiques / *Hematological diseases?* OUI / YES NON / NO
- Pathologies carcinologiques / *Carcinological diseases?* OUI / YES NON / NO
- Affections neuromusculaires / *Neuromuscular disease?* OUI / YES NON / NO
- Greffes d'organe ou de tissu (dure-mère)?
Organ or tissue transplants? OUI / YES NON / NO

ALLERGIES
ALLERGIES

- Affections allergiques sévères nécessitant un traitement chronique?
Severe allergic diseases needing a chronic treatment? OUI / YES NON / NO
- Si oui, **allergie sévère** aux / *If yes: Severe allergy to:*
 - . morphiniques, curare, caoutchouc, latex?
morphinics, curare, rubber, latex? OUI / YES NON / NO
 - . produits alimentaires susceptibles d'interférer avec
les produits anesthésiques / *food products likely to lead to
interfere with anesthetic drugs?* OUI / YES NON / NO
 - . médicaments / *medicines?* OUI / YES NON / NO
(préciser / *specify*):
 - . autre (préciser) / *other (specify)*:

GRID :

DID :

DIVERS

OTHER

- Antécédents sévères de lumbago, de hernies discales?
Severe past history of lumbago, herniated disc? OUI / YES NON / NO
- Maladie auto-immune / *Auto-immune disease?* OUI / YES NON / NO
- Maladie(s) génétique(s) et/ou anomalies du caryotype connues?
Known genetic diseases and/or caryotypic abnormalities? OUI / YES NON / NO
- Traitement régulier par / *Chronic treatment by:*
 - . antiagrégants, anticoagulants?
anti-agregants, anti-coagulants? OUI / YES NON / NO
 - . antidépresseurs, neuroleptiques?
anti-depressants, neuroleptics? OUI / YES NON / NO
- Grossesse en cours? / *Current pregnancy?* OUI / YES NON / NO
- La donneuse est-elle dument informée qu'il convient d'éviter une grossesse durant toute la durée d'organisation du don ?
Is the donor duly informed that pregnancy should be avoided throughout the process of the donation? OUI / YES N/A / N/A
- Accouchement depuis moins de 6 mois?
Delivery since less than 6 months? OUI / YES NON / NO
- Glaucome à angle fermé / *Narrow-angle glaucoma?* OUI / YES NON / NO
- Situations à risque infectieux dans les 4 derniers mois?
(notamment : endoscopie, multi-partenariat, piercing, tatouage, acupunture, chirurgie dentaire, toxicomanie nasale ou intraveineuse....)
*At infectious risk behaviours during the last 4 months?
(like: endoscopy, multiple partners, piercing, tattoo, acupunture, dental surgery, nasal or intravenous drug addiction...)* OUI / YES NON / NO
- Affections de la cage thoracique / *Ribcage affections?* OUI / YES NON / NO
- Affections de la colonne vertébrale?
Disorders of the spinal column? OUI / YES NON / NO
- Surcharge pondérale / *Overweight?* (> 25)
A évaluer et discuter **si > 30 et ≤ 35** IMC/BMI =
To be evaluated and discussed if > 30 and ≤ 35 OUI / YES NON / NO
- Anomalies de la filière ORL et du cou?
Neck and ENT abnormalities? OUI / YES NON / NO
- Difficultés d'abord veineux (CSP)?
Difficult veinous access (PBSC)? OUI / YES NON / NO
- Réaction(s) allergique(s) modérée(s) / *Mild allergic reaction(s)?* OUI / YES NON / NO
- Antécédents anesthésiques? si oui, précisez la date: ___ / ___ / ___
et la raison :
Anaesthetic past history? if yes, specify the date and the reason OUI / YES NON / NO
- Vaccination depuis moins de 2 mois?
Vaccination for less than 2 months? OUI / YES NON / NO
- Vaccination Hépatite B? si oui, précisez la date: ___ / ___ / ___
Vaccination Hepatitis B? if yes, specify the date: OUI / YES NON / NO
- Antécédents transfusionnels? OUI / YES NON / NO

GRID :

DID :

Blood transfusion past history?

- Traitement médicamenteux en cours / *Current medical treatment?* OUI / YES NON / NO
 . Si oui, lequel / *if yes, which one?*
- Hospitalisation dans les 12 derniers mois? OUI / YES NON / NO
Hospitalization in the past 12 months?
 . Si oui, raison / *if yes, why?*

IMPORTANT

Les antécédents de transfusion sanguine ne représentent pas une contre-indication au don de cellules souches hématopoïétiques non apparenté (absence de chaîne de transmissibilité).
Blood transfusion past history does not represent a contra-indication to unrelated haematopoietic stem cell donation (absence of transmissibility chain).

Les petits poids (< 50 Kg) ne sont pas une contre-indication.
Donors weighing less than 50 Kg should not be contra-indicated.

Les situations à risque infectieux, telles que : endoscopie, multi partenariat, piercing, tatouage, acupuncture, chirurgie dentaire, toxicomanie par voie nasale sont prises en considération à ce stade, si elles sont intervenues dans les 4 derniers mois : un test DGV (VIH, VHB, VHC) additionnel doit alors être demandé.
At infectious risk behaviours (like: endoscopy, multiple partners, piercing, tattoo, acupuncture, dental surgery, nasal drug addiction...) are taken into consideration if they have occurred during the past 4 months: an additional NAT test (HIV, HBV, HCV) must be requested.

Nom du médecin: _____
Name of physician:

- Donneur déclaré: **APTE** au don moelle osseuse CSP lymphocytes
Donor is: cleared for donation bone marrow PBSC DLI
- sans DGV additionnel
without additional NAT test
- avec DGV additionnel VIH, VHB, VHC avant le conditionnement du patient
with additional NAT test HIV, HBV, HCV before patient's conditioning
- INAPTE** au don moelle osseuse CSP lymphocytes
not cleared for donation bone marrow PBSC DLI

Commentaires / *comments:* _____

Vérification de l'identité du donneur sur une pièce d'identité OUI / YES
Donor's identity verified

Date : ____ / ____ / ____
(dd / mm / yy)

Signature et cachet : _____
Signature and stamp

GRID :

DID :

ANNEXE AU QUESTIONNAIRE D'APTITUDE MEDICALE

Rélatif à la COVID-19

1-Dans les derniers 14 jours, avez-vous voyagé dans un pays à risque d'infection par Covid-19 ?
(conformément au questionnaire ABM d'antécédents de voyage d'un donneur recruté pour un don de CSH)

OUI NON

Si oui, lequel :

2 - Dans les derniers 14 jours, avez-vous eu un test positif au Covid-19 , ou avez-vous eu une suspicion d'infection à Covid-19 ?

OUI NON

3 -Êtes-vous en contact proche ou habitez vous avec une personne ayant eu un test positif pour Covid-19 ? (à évaluer sur la période des derniers 14 jours)

OUI NON

4 - Êtes-vous ou avez-vous été en contact avec une personne, chez qui il existe une suspicion d'infection à Covid-19 ? (à évaluer sur la période des derniers 14 jours)

OUI NON

5 - Avez-vous été vacciné contre la Covid-19 ?

OUI NON

6 - Si oui, avec quel type de vaccin :

à ARNm

à vecteur viral ADN

autre, préciser.....

7 - Si oui, Date de la première injection :

Date de la 2^{ème} injection :

Rélatif au TBEV (à réaliser entre le 1^{er} mars et 30 novembre)

1 - Habitez-vous ou avez-vous voyagé depuis moins de 28 jours dans une zone / pays à risque d'infection par le TBEV ?
(conformément au questionnaire ABM d'antécédents de voyage d'un donneur recruté pour un don de CSH)

OUI NON

Si oui, préciser laquelle/lequel:

2 - Dans les derniers 28 jours, avez-vous été exposé au risque d'infection par le TBEV (notion de pique de tique)?

OUI NON

3 - Avez-vous été vacciné contre le TBEV depuis moins de 3 ans?

OUI NON

4 - Si oui, date de la vaccination :

Date.....

Signature et cachet.....