

QUESTIONNAIRE TO DETERMINE SUITABILITY OF THE DONOR / QUESTIONNAIRE VISANT À DÉTERMINER L'ADMISSIBILITÉ DU DONNEUR

Verify correctness of your personal data: *If correct, please mark "X" here*

Full name Birthdate:

Residence:

Phone:

Donation Number

Please answer the following questions completely and truthfully to ensure that no harm occurs to you or the recipients of your plasma. All the information is confidential. Answer YES or NO to all questions below and fill in the square with an "X".

* If you experience difficulty with a question, leave it blank and the Physician Substitute will assist you.

	YES	NO	Staff Comments
1. a) Are you feeling well today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Have you had any alcohol or drug use (including all forms of marijuana) in the last 8 hours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Do you have a cold, flu, sore throat, fever, infection or allergy problem today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Are you currently taking an antibiotic or other medication for infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) In the last 3 days have you taken any medicine or drugs (pills including Aspirin or shots), other than birth control pills and vitamins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Have you ever taken any medications in the medication list in the time frame indicated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) In the last 3 days have you had dental work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. a) In the last 3 months have you had a vaccination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) In the past 12 months have you had close contact with a person who has had hepatitis or yellow jaundice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) In the past 12 months have you been in jail or prison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) In the past 12 months have you had an animal bite which has not been assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) In the past 12 months have you had a rabies shot or a graft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. a) In the past 2 months have you donated whole blood, platelets or plasma at another centre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) In the past 4 months have you donated a double unit of red cells using an apheresis machine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Have you ever had a transplant such as organ or bone marrow?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) In the past 12 months have you received during surgery bone, tissue or skin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Have you ever taken human pituitary growth hormone or received a dura mater (brain covering) graft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. a) Have you ever had cancer, diabetes or Crohn's disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Have you ever had heart, kidney, lung or blood problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Have you ever had yellow jaundice (other than at birth) or hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Have you ever had a disease of the nervous system (ex: Alzheimer, Parkinson, multiple sclerosis, chronic fatigue syndrome, fibromyalgia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Have you ever had epilepsy, coma, stroke or fainting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) In the past 6 months have you been under a doctor's care or had surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) In the last 12 months have you had a tattoo, ear or skin piercing, acupuncture or electrolysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) If female, in the last 6 months have you been pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) In the past 6 months have you had an injury from a needle or come in contact with someone else's blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a) Have you spent a total of 5 years or more in Europe since January 1, 1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Have you spent a total of 3 months or more in the United Kingdom (England, Northern Ireland, Scotland, Wales, the Isle of Man, or the Channel Islands) from January 1, 1980 through December 31, 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Since 1980, did you receive a blood transfusion or blood product in the United Kingdom, France or elsewhere in Europe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Have you spent a total of 3 months or more in France from January 1, 1980 through December 31, 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Have you spent a total of 6 months or more in Saudi Arabia from January 1, 1980 through December 31, 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. a) In the last 3 and a half years have you spent more than 6 months in a continuous period outside Canada or the U.S.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) In the last 12 months have you travelled outside Canada or the U.S. and stayed less than 6 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vérifiez l'exactitude de vos données personnelles : Si elles sont exactes, cochez X dans la case

Nom complet:

Date de naissance :

Résidence:

N° de téléph.:

Numéro de don

Veillez répondre à toutes les questions suivantes le plus franchement possible pour assurer votre sécurité. Aucun tort aux receveurs de votre plasma. Toutes les informations sont confidentielles. Répondez OUI ou NON à toutes les questions ci-après en cochant X dans la case appropriée.

* Si vous avez des difficultés à répondre à une question, passez à la suivante, et le représentant du médecin ou du pharmacien vous aidera.

	OUI	NON	Observations du personnel
1. a) Vous sentez-vous bien aujourd'hui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous consommé de la drogue (incluant toutes formes de marijuana) ou de l'alcool au cours des huit dernières heures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous un rhume, la grippe, un mal de gorge, une fièvre, une infection ou un problème d'allergie aujourd'hui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Est-ce que vous prenez présentement un antibiotique ou un autre médicament pour une infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Au cours des trois derniers jours, avez-vous pris des médicaments ou des pilules (y compris de l'aspirine ou une injection) autres que des pilules contraceptives et des vitamines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Avez-vous déjà pris l'un des médicaments figurant dans la liste de médicaments dans la période de délai indiquer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Au cours des trois derniers jours, avez-vous eu des traitements dentaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. a) Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu un vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des douze derniers mois, avez-vous été en contact intime avec une personne souffrant de l'hépatite ou de la jaunisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Au cours des douze derniers mois, avez-vous été en prison ou incarcéré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Au cours des douze derniers mois, avez-vous subi une morsure d'animal qui n'a pas été examinée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu un vaccin contre la rage ou une greffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. a) Au cours des deux derniers mois, avez-vous fait un don de sang entier, de plaquettes ou de plasma dans un autre centre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des quatre derniers mois, avez-vous donné une unité double de globules rouges extraite à l'aide d'un appareil à aphérèse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Avez-vous déjà eu une greffe ou une transplantation d'organe ou de moelle osseuse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des douze derniers mois, avez-vous reçu, lors d'une chirurgie, des tissus osseux, de la peau ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous déjà reçu une greffe d'hormone de croissance humaine ou une greffe de dure-mère (membrane recouvrant le cerveau)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. a) Avez-vous déjà souffert de cancer, de diabète ou de la maladie de Crohn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ou rénaux, ou du système respiratoire ou sanguin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous déjà souffert de la jaunisse ou de l'ictère (autre qu'à la naissance) ou de l'hépatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Avez-vous déjà souffert d'une maladie du système nerveux (par exemple la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, le syndrome de la fatigue chronique, la fibromyalgie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Avez-vous déjà souffert d'épilepsie, fait un coma, un AVC ou vous êtes-vous déjà évanoui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Au cours des six derniers mois, avez-vous subi une chirurgie ou été soigné par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu un tatouage, un perçage d'oreille ou de la peau, subi des traitements d'acupuncture ou d'électrolyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Si vous êtes une femme, avez-vous été enceinte au cours des six derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Au cours des six derniers mois, avez-vous subi une blessure causée par une aiguille ou été en contact avec le sang de quelqu'un d'autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a) Depuis le 1 ^{er} janvier 1980, avez-vous passé un total de cinq années ou plus en Europe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Du 1 ^{er} janvier 1980 au 31 décembre 1996, avez-vous passé en tout trois mois ou plus au Royaume-Uni (Angleterre, Irlande du Nord, Écosse, Pays de Galles, Île de Man ou les Îles de la Manche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Depuis 1980, avez-vous reçu une transfusion sanguine ou un produit sanguin au Royaume-Uni, en France ou ailleurs en Europe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Du 1 ^{er} janvier 1980 au 31 décembre 1996, avez-vous passé en tout trois mois ou plus en France?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Du 1 ^{er} janvier 1980 au 31 décembre 1996, avez-vous passé en tout six mois ou plus en Arabie saoudite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. a) Au cours des quarante derniers mois (trois ans et demi), avez-vous passé plus de six mois d'affilée en dehors du Canada ou des États-Unis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des douze derniers mois, avez-vous voyagé en dehors du Canada ou des États-Unis où vous auriez séjourné moins de six mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. a) Have you ever had malaria, typhoid or paratyphoid fever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) In the last month have you taken Accutane, Clarus (isotretinoin), Tactino (alitretinoin), Proscar, Propecia (finasteride) or Cyclomen (danazol)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Have you ever had Chagas disease, babesiosis or leishmaniasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Have you ever taken Tegison or Soriatane for skin problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Are you aware of a diagnosis of Creutzfeldt-Jakob Disease among any of your blood relatives (parent, child, sibling)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) In the past 2 months have you had contact with someone who has had a smallpox vaccination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) In the last month have you had an AIDS (HIV) test other than for donating blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
To be completed by Reception Staff:	Mark with "X":		Staff Initials
If applicant donor on first visit, lapsed donor on first visit since being lapsed, or qualified donor on annual physical exam visit, donor <u>MUST NOT</u> fill beyond this point	<input type="checkbox"/> PROCEED <input type="checkbox"/> STOP		
	YES	NO	Staff Comments
11. Have you ever had a positive test for the HIV/AIDS virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Have you used cocaine within the last 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Have you ever used needles to take drugs, steroids or anything <u>not</u> prescribed by your doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Have you ever taken clotting factor concentrates for a bleeding disorder such as hemophilia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. At any time since 1977, have you received money or drugs for sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. In the past 6 months have you had sex with someone whose sexual background you do not know?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. a) Male donors: From 1977 to present have you had sexual contact with another male even once?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Female donors: In the past 12 months, have you had sexual contact with a male who has ever had sexual contact with another male?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Have you had sex with anyone who has HIV/AIDS or who has tested positive for the HIV/AIDS virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. At any time in the last 12 months, have you paid money or drugs for sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. At any time in the last 12 months, have you had sex with anyone who has taken money or drugs for sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. In the past 12 months have you had sexual contact with anyone who has ever used needles to take drugs or steroids, or anything <u>not</u> prescribed by their doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. In the last 12 months, have you had or been treated for syphilis or gonorrhea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. In the last 12 months, have you received blood or blood products by transfusion for any reason, such as accident or surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Have you ever had a serious disease or medical condition not listed above?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Have you been diagnosed with or suspected of having a 2019 novel coronavirus infection (COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. In the past 28 days, have you traveled internationally or inter-provincially within Canada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. In the past 28 days, have you had close contact with a person diagnosed with or suspected of having COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I have reviewed the information pamphlet on plasmapheresis and HIV/ AIDS and Hepatitis	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Declaration of the donor: I declare that I am legally competent, that I have answered the questionnaire truthfully, and that I have none of the risk factors for HIV/ AIDS, hepatitis B or C. My questions have been clearly answered and I give my consent to plasmapheresis. I declare that my plasma donation is to the best of my knowledge suitable for administration to humans.	Donor Signature		
Arm Inspection: Is the donor forearm free of wounds or injection scars?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Certification of Good Health: This donor is found to be in good physical and mental health and suitable for the plasmapheresis procedure.	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Declaration of the member of staff: I have carefully checked the answers to the questions, and enter the result into the Data Management System. I have assessed the general condition of the donor according to section 800 of the SOPs.	Physician Substitute Signature		

9. a) Avez-vous déjà contracté la malaria, la fièvre typhoïde ou la fièvre paratyphoïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours du dernier mois, avez-vous pris un des médicaments suivants : Accutane, Clarus (isotrétinoïne), Tactino (alitretinoïne), Proscar, Propecia (finastéride) ou Cyclomen (danazol)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous déjà contracté la maladie de Chagas, la babésiose ou la leishmaniose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Avez-vous déjà pris les médicaments Tegison ou Soriatane pour des problèmes de peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Avez-vous connaissance d'un diagnostic de la maladie de Creutzfeldt-Jakob parmi vos proches consanguins (parents, enfants, frères ou sœurs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Au cours des deux derniers mois, avez-vous été en contact avec quelqu'un qui a reçu le vaccin de la varicelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours du dernier mois, avez-vous subi un test de dépistage du sida (VIH) pour une raison autre qu'un don de sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A remplir par le personnel de la Réception :	Cochez X :		Initiales du personnel
Si l'aspirant donneur en est à sa première visite, s'il s'agit d'un donneur ayant été refusé et que c'est sa première visite depuis le refus, ou s'il s'agit d'un donneur qualifié qui vient pour son examen médical, le donneur NE DOIT PAS REMPLIR les parties qui suivent.	<input type="checkbox"/> ROCÉDEZ		
	<input type="checkbox"/> STOP		
	OUI	NON	Observations du personnel
11. Avez-vous déjà eu un résultat de test positif pour le virus du VIH/SIDA??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Avez-vous fait usage de cocaïne au cours des douze derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Avez-vous déjà utilisé des aiguilles pour prendre des drogues, des stéroïdes ou toute substance qui <u>n'était pas</u> prescrite par votre médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Avez-vous déjà pris des concentrés de facteur de coagulation pour un trouble de saignement comme l'hémophilie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. À tout moment depuis 1977, avez-vous reçu de l'argent ou des drogues en échange de faveurs sexuelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Au cours des six derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec quelqu'un dont vous ne connaissez pas les antécédents sexuels?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. a) Si vous êtes un homme : Depuis 1977, avez-vous eu des contacts sexuels avec un autre homme, ne serait-ce qu'une seule fois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Si vous êtes une femme : Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu des contacts sexuels avec un homme qui aurait déjà eu des contacts sexuels avec un autre homme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Avez-vous déjà eu des contacts sexuels avec quelqu'un qui était atteint du VIH/ SIDA ou qui a eu des résultats positifs pour le virus du VIH/SIDA??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. À tout moment au cours des douze derniers mois, avez-vous donné de l'argent ou de la drogue en échange de faveurs sexuelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. À tout moment au cours des douze derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec quelqu'un qui aurait reçu de l'argent ou des drogues en échange d'un acte sexuel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu un contact sexuel avec quelqu'un qui aurait déjà utilisé des aiguilles pour prendre des drogues, des stéroïdes ou toute substance <u>n'avait pas</u> été prescrite par son médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Au cours des douze derniers mois, avez-vous contracté la syphilis ou la gonorrhée ou avez-vous été traité pour l'une de ces maladies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Au cours des douze derniers mois, avez-vous reçu du sang ou des produits sanguins par transfusion pour quelque raison que ce soit comme un accident ou une chirurgie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Avez-vous souffert d'une maladie grave ou d'un trouble médical non mentionné ci-haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Avez-vous été diagnostiqué ou êtes-vous soupçonné d'être atteint d'une infection à la nouvelle maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Au cours des 28 derniers jours, avez-vous voyagé à l'étranger ou dans une autre province au Canada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Au cours des 28 derniers jours, avez-vous été en contact étroit avec une personne qui a reçu un diagnostic de la COVID-19 ou qu'on a soupçonnée d'être atteinte de la COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'ai lu la brochure d'information sur la plasmaphérèse et celle sur le VIH/ SIDA et l'hépatite.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Déclaration du donneur : Je déclare être légalement compétent, avoir répondu en toute franchise au questionnaire et n'avoir aucun des facteurs de risque pour le VIH, l'hépatite B ou C. On a répondu clairement à mes questions, et je consens à la plasmaphérèse. Je déclare, qu'à ce que je sache, mon don de plasma est adéquat pour l'administration à des humains.	Signature du donneur		
Inspection du bras : l'avant-bras est-il exempt de blessures ou cicatrices d'injections?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Certificat de bonne santé : Nous estimons que ce donneur est en bonne santé physique et mentale et qu'il est apte à subir la procédure de plasmaphérèse.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Déclaration du membre du personnel : J'ai vérifié attentivement les réponses aux questions et inscrit les résultats dans le système de gestion des données. J'ai évalué l'état général du donneur selon la partie 800 des PON.	Signature du représentant du médecin		