

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

Registration date/time // Date/heure d'enregistr.:

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

Full name: _____ Birthdate: _____

Residence: _____

Phone: _____

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.

Donation Number

	Yes	No
Are you		
1. Feeling healthy and well today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Currently taking an antibiotic or other medication for an infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Currently taking any other medications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Please read the medication list.		
4. Have you taken any medications on the medication list in the time frames indicated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Please review the Risk Poster		
5. Did you review the Risk Poster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Do you have any questions about anything mentioned on the Risk Poster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does anything on the Risk Poster apply to you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In the past two months, have you		
8. Had contact with someone who was vaccinated for smallpox in the past 8 weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Donated whole blood, platelets or plasma at another center?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In the past four months, have you		
10. Donated a double unit of red blood cells using an apheresis machine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In the past six months, have you		
11. Female Donors: been pregnant or are you pregnant now?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Had surgery or a diagnostic, medical or dental procedure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Had acupuncture or electrolysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Had a blood transfusion or received other blood products?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Come into contact with someone else's blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Had an accidental needle-stick involving exposure to blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gotten a tattoo or had one touched-up?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Had an ear or body piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In the past 12 months, have you		
19. Had any vaccinations or other shots?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Received during surgery bone, tissue or skin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Registration date/time // Date/heure d'enregistr.:

	Yes	No
In the past 12 months, have you		
21. Had sexual contact with a prostitute or anyone else who has ever taken money, drugs, or other payment for sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 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"/>
23. Female Donors: Had sexual contact with a male who had sexual contact with another male in the past 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Had sexual contact with a person who has hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Lived with a person who has hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Had or been treated for syphilis or gonorrhea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Been in juvenile detention, lockup, jail, or prison for 72 hours or more consecutively?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Male Donors: Had sexual contact with another male?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
From 1980 through 1996, did you		
29. Spend time that adds up to 3 months or more in England, Northern Ireland, Scotland, Wales, the Isle of Man, the Channel Islands, Gibraltar or the Falkland Islands?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Spend time that adds up to 3 months or more in France?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Spend time that adds up to 6 months or more in Saudi Arabia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
From 1980 through 2007, did you		
32. Spend time that adds up to 5 years or more elsewhere in Europe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
From 1980 to the present, did you		
33. Receive a blood transfusion in France, England, Northern Ireland, Scotland, Wales, the Isle of Man, the Channel Islands, Gibraltar, the Falkland Islands, or elsewhere in Europe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you EVER		
34. Had sexual contact with anyone who has ever had HIV/AIDS or has ever had a positive test for HIV/AIDS virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Received money, drugs, or other payment for sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Had a positive test for the HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Used needles to take drugs, steroids, or anything <u>not</u> prescribed by your doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Had a transplant such as an organ or bone marrow?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Received a dura mater (or brain covering) graft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Had any type of cancer, including leukemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Had any problem with your heart or lungs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Had any problem with your liver (including hepatitis) or kidneys?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Registration date/time // Date/heure d'enregistr.:

43. Had a bleeding condition or a blood disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes	No
Have you EVER		
44. Had a transplant or other medical procedure that involved being exposed to live cells, tissues or organs from an animal (xenotransplant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Had any type of nervous system disease (ex: Alzheimer, Parkinson, multiple sclerosis, chronic fatigue syndrome, fibromyalgia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Had a history of recurrent episodes of fainting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Had a history of seizures, convulsions, coma or stroke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Been diagnosed with diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Been diagnosed with any other serious active, chronic, or relapsing disease (e.g. Crohn's Disease)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Have any of your blood relatives had Creutzfeld-Jakob disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COVID-19 Additional Questions:

	Yes	No
1. Have you been diagnosed with or suspected of having a 2019 novel coronavirus infection (COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. In the past 14 days, have you traveled internationally or inter-provincially within Canada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. In the past 14 days, have you had close contact with a person diagnosed with or suspected of having COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ebola Additional Questions:

	Yes	No
1. Have you ever had Ebola virus disease or infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. In the past 8 weeks, have you lived in, or traveled to, a country with widespread transmission of Ebola virus disease or infection? (Review list of affected areas, as classified by CDC and Public Health Agency of Canada).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. In the past 8 weeks, have you had sexual contact with a person who has EVER had Ebola virus disease or infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In the past 8 weeks, have you had direct exposure to body fluids (blood, urine, stool, saliva, semen, vaginal fluids or vomit) from a person who may have Ebola virus disease or infection, including a person under investigation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. In the past 8 weeks, have you been notified by a public health authority that you may have been exposed to a person with Ebola virus disease or infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plasmapheresis Required Information (APP 0701A-09) Quiz Questions:

	Yes	No
1. Have you reviewed the Plasmapheresis Required Information Sheet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quiz Question 1: HIV, Hepatitis B and C are viruses that can spread from and infected person to someone else through sharing needles or syringes, oral, vaginal or anal sex, blood, semen or vaginal secretions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quiz Question 2: Creutzfeldt-Jacob disease is a rare disease affecting the Brain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Registration date/time // Date/heure d'enregistr.:

4. Quiz Question 3: Plasmapheresis is a process to take blood for transfusions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quiz Question 4: You can transmit HIV or other infections to someone else through plasma donation even if you feel well and have had a normal test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quiz Question 5: You can be infected with HIV no matter your Sex, Age, Sexual Orientation or Ethnic origin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Region Specific Questions:

	Yes	No
1. Are you a donating in the city of Moncton (located in New Brunswick)? NOTE: Only complete 2 if answer to 1 is "Yes"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you had cataract surgery between September 01, 2018 and April 15, 2019 at the Horizon's The Moncton Hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acknowledgment:

1. I have reviewed the educational materials regarding infections that can be transmitted by my donation, such as, Syphilis, HIV, Hepatitis B and C.
2. I agree not to donate if my donation could result in a potential risk to people who receive plasma products.
3. A sample of my blood will be tested for infections that can be transmitted by my donation, such as, Syphilis, HIV, Hepatitis B and C.
4. I understand you will attempt to notify me if for any reason I cannot donate and records will be maintained indicating the reason for the deferral and the deferral time period.
5. I have reviewed the information regarding the potential risks and hazards of donating Source Plasma.
6. I have been given the opportunity to ask questions and understand that I may withdraw from the donation procedure at any time.

Donor Signature: _____ **Date (DD.MM.YYYY):** _____



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

Staff Review and comments

Staff Comments:

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/ Donor
Screener Signature**

SAMPLE



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

Registration date/time // Date/heure d'enregistr.:

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.:

Veillez répondre à toutes les questions suivantes le plus franchement possible pour assurer votre sécurité et pour ne causer 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 nous aidera.

Numéro de don

	Oui	Non
1. Vous sentez-vous bien et en bonne santé aujourd'hui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que vous prenez présentement un antibiotique ou un autre médicament pour une infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que vous prenez présentement tout autre médicament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veillez lire la liste de médicaments		
4. Avez-vous pris l'un des médicaments dans la liste dans les périodes indiquées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veillez lire l'Affiche sur les risques		
5. Avez-vous lu l'Affiche sur les risques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous des questions sur quoi que ce soit qui est mentionné dans l'Affiche sur les risques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Y a-t-il quoi que ce soit dans l'Affiche sur les risques qui s'applique à vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des deux derniers mois, avez-vous		
8. Été en contact avec quelqu'un qui a été vacciné contre la variole au cours des huit (8) dernières semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fait un don de sang entier, de plaquettes ou de plasma dans un autre centre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des quatre derniers mois, avez-vous		
10. Fait don d'une unité double de globules rouges extraites à l'aide d'un appareil à aphérèse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des six derniers mois, avez-vous		
11. Donneuses de sexe féminin : été enceinte ou l'êtes-vous présentement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Subi une chirurgie ou une procédure médicale ou dentaire ou reçu un diagnostic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu un traitement d'acupuncture ou d'électrolyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Reçu une transfusion sanguine ou reçu tout autre produit sanguin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Été en contact avec le sang d'une autre personne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Subi accidentellement une blessure par piqûre d'aiguille où il y a eu écoulement de sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu un tatouage ou avez-vous fait retoucher un tatouage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu un perçage d'oreilles ou de la peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Registration date/time // Date/heure d'enregistr.:

	Oui	Non
Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous		
19. Été vacciné ou avez-vous reçu toute autre injection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Reçu, pendant une chirurgie, une greffe de tissus osseux, d'autres tissus ou une greffe de peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu un contact sexuel avec un prostitué ou une prostituée ou avec quelqu'un qui aurait déjà reçu de l'argent ou des drogues en échange d'un acte sexuel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu un contact sexuel avec quelqu'un qui aurait déjà utilisé des aiguilles pour prendre des drogues ou des stéroïdes ou toute autre substance qui n'aurait pas été prescrite par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Donneuses de sexe féminin : Avez vous eu des contacts sexuels avec un homme qui aurait eu des contacts sexuels avec un autre homme au cours des douze derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu un contact sexuel avec une personne atteinte de l'hépatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Habité avec une personne atteinte de l'hépatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Contracté la syphilis ou la gonorrhée ou avez-vous déjà été traité pour l'une ou l'autre de ces maladies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Été détenu en centre de détention juvénile, en cellule, en prison, au pénitencier ou incarcéré pendant 72 heures consécutives ou plus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Donneurs de sexe masculin : Eu des contacts sexuels avec un autre homme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1980 à 1996,		
29. Avez-vous passé au total trois (3) mois ou plus en Angleterre, en Irlande du Nord, en Écosse, au pays de Galles, dans l'île de Man, les îles de la Manche, Gibraltar ou les îles Falkland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Avez-vous passé en tout trois (3) mois ou plus en France?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Avez-vous passé en tout six (6) mois ou plus en Arabie saoudite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1980 à 2007,		
32. Avez-vous passé en tout cinq ans (5) ou plus ailleurs en Europe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1980 à aujourd'hui, avez-vous		
3233. Reçu une transfusion sanguine en France, en Angleterre, en Irlande du Nord, en Écosse, au pays de Galles, dans l'île de Man, les îles de la Manche, Gibraltar, les îles Falkland, ou ailleurs en Europe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous DÉJÀ		
34. Avez-vous eu un contact sexuel avec quelqu'un qui aurait déjà eu un test positif pour le VIH/SIDA ou qui serait atteint du VIH/SIDA ou qui l'aurait été dans le passé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Reçu de l'argent, des drogues ou autres en échange de faveurs sexuelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Obtenu un résultat positif à un test pour le VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Utilisé des aiguilles pour prendre des drogues, des stéroïdes ou toute autre substance qui n'aurait pas été prescrite par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Registration date/time // Date/heure d'enregistr.:

38. Subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
Avez-vous DÉJÀ		
39. Reçu une greffe de dure-mère (membrane recouvrant le cerveau)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Souffert de n'importe quel type de cancer, y compris de la leucémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Eu des problèmes cardiaques ou respiratoires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Eu des problèmes de foie (l'hépatite) ou des problèmes rénaux (les reins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Eu un trouble de saignement ou une maladie du sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Subi une greffe ou toute autre procédure médicale vous exposant à des cellules vivantes, des tissus ou des organes provenant d'un animal (xéno-transplantation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. 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"/>
46. Eu des antécédents d'évanouissements fréquents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Eu des antécédents de convulsions, de coma ou d'accident vasculaire cérébral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Reçu un diagnostic de diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Reçu un diagnostic de toute autre maladie grave active, chronique ou récurrente (comme la maladie de Crohn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Quelqu'un dans votre famille immédiate a-t-il déjà souffert de la maladie de Creutzfeldt-Jakob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions supplémentaires relatives à la COVID-19:

	Oui	Non
1. 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"/>
2. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous voyagé à l'étranger ou dans une autre province au Canada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des 14 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"/>

Questions supplémentaires sur le virus Ebola:

	Oui	Non
1. Avez-vous déjà eu une maladie ou une infection au virus Ebola ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des huit (8) dernières semaines, avez-vous vécu ou voyagé dans un pays où la transmission de la maladie ou de l'infection par le virus Ebola est répandue? (Consultez la liste des zones touchées, classées par le CDC – Centre pour le contrôle et la prévention des maladies et Agence de la santé publique du Canada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des huit (8) dernières semaines, avez-vous eu des contacts sexuels avec une personne qui a DÉJÀ contracté la maladie ou l'infection au virus Ebola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des huit (8) dernières semaines, avez-vous été directement exposé à des liquides organiques (sang, urine, selles, salive, sperme, sécrétions vaginales ou vomissements) d'une personne susceptible d'être atteinte de la maladie ou de l'infection par le virus Ebola, y compris une personne faisant l'objet d'une enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des huit (8) dernières semaines, avez-vous été informé par une autorité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Registration date/time // Date/heure d'enregistr.:

de santé publique que vous pourriez avoir été exposé à une personne atteinte de la maladie ou de l'infection au virus Ebola		
---	--	--

Questions de Quiz, Renseignements qu'il Faut Connaître au Sujet de la Plasmaphérèse (APP 0701A-09):

	Oui	Non
1. Avez-vous lu la fiche d'information concernant la plasmaphérèse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Question n°1 du quiz: Le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C sont des virus qui peuvent se transmettre d'une personne infectée à une autre par le partage d'aiguilles ou de seringues, les rapports sexuels oraux, vaginaux ou anaux, le sang, le sperme ou les sécrétions vaginales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Question n°2 du quiz: La maladie de Creutzfeldt-Jacob est une maladie rare qui affecte le cerveau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Question n°3 du quiz: La plasmaphérèse est un procédé permettant de prélever du sang pour des transfusions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Question n°4 du quiz: Vous pouvez transmettre le VIH ou d'autres infections à quelqu'un d'autre par le biais d'un don de plasma, même si vous vous sentez bien et que vous avez passé un test normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Question n°5 du quiz: Vous pouvez être infecté par le VIH quels que soient votre sexe, votre âge, votre orientation sexuelle ou votre origine ethnique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions spécifiques à la région:

	Oui	Non
1. Faites-vous un don dans la ville de Moncton (située au Nouveau-Brunswick)? NOTA: Ne répondez à la question 2 si vous avez répondu "OUI" à la question 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous subi une chirurgie pour les cataractes entre le 1er septembre 2018 et le 15 avril 2019 à l'Hôpital de Moncton (régie Horizon de la santé)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise de responsabilité :

1. J'ai lu le matériel éducatif concernant les infections qui peuvent être transmises par mon don, telles que la syphilis, le VIH, l'hépatite B et C.
2. J'accepte de ne pas faire de don si celui-ci peut poser un risque potentiel aux personnes qui reçoivent des produits plasmatiques.
3. Un échantillon de mon sang sera testé pour les infections qui peuvent être transmises par mon don, telles que la syphilis, le VIH, l'hépatite B et C.
4. Je comprends que vous tenterez de m'informer si, pour une raison quelconque, je ne peux pas faire de don, et des dossiers seront tenus indiquant la raison de mon exclusion et la période d'exclusion.
5. J'ai pris connaissance des informations concernant les risques et les dangers potentiels du don de plasma-aphérèse destiné au fractionnement.
6. J'ai eu la possibilité de poser des questions et je comprends que je peux me retirer de la procédure de don à tout moment.

Signature du donneur

ou de la donneuse: _____ Date (DD.MM.YYYY): _____



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

Registration date/time // Date/heure d'enregistr.:

Revue du personnel et commentaires**Commentaires du personnel:**

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/ évaluateur de
donneurs:**