



# ENGAGEMENT VOLONTAIRE INITIAL AU DON DE MOELLE OSSEUSE

Je suis volontaire pour être donneur de moelle osseuse en faveur d'un(e) malade qui ne m'est pas apparenté(e) et qui n'a pas de donneur dans sa famille, où qu'il se trouve dans le monde. Je suis âgé(e) de 18 à 50 ans.

J'accepte de me soumettre à une prise de sang, en vue de la détermination de mon groupage tissulaire. Je serai alors inscrit(e) sur le Registre National de donneurs de moelle osseuse "France Greffe de Moelle" de l'Agence de la biomédecine. Un prélèvement biologique sera conservé (congélation) dans un but scientifique, en lien avec le don que je suis susceptible d'effectuer.

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

J'ai pris connaissance que :

- Ce don est volontaire, anonyme et gratuit ;
- Le prélèvement sera, selon la demande du médecin greffeur et avec mon accord :
  - ➔ **soit un prélèvement de moelle osseuse** qui se fera sous anesthésie générale, laquelle sera validée par l'anesthésiste de l'hôpital assurant le prélèvement ;
  - Je serai donc hospitalisé(e) et aurai, s'il y a lieu, une période d'arrêt de travail déterminée par le corps médical ;
  - ➔ **soit un prélèvement de cellules souches périphériques** qui se fera après injections d'un médicament destiné à stimuler la moelle osseuse et prescrit par un médecin hématologiste ;
    - Le prélèvement se fera dans un centre de cytophérèse ;
    - Les frais, inhérents à l'organisation de ce prélèvement, seront pris en charge par l'hôpital préleveur ;
    - Je ne chercherai jamais à connaître le patient qui aura reçu les cellules de ma moelle osseuse ;
    - Je pourrai, exceptionnellement, être sollicité(e) dans un avenir plus ou moins proche, pour un second don de moelle osseuse ou de cellules sanguines périphériques, pour le bénéfice du même patient ;
    - Je dois signaler tout changement d'adresse ou d'état civil, afin de pouvoir être joint rapidement en cas de compatibilité avec un patient.

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

A \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DONNEUR

MEDECIN AYANT INFORME LE DONNEUR

Signature :

Nom :  
Signature :

Renseignements à fournir (en caractères d'imprimerie)

Nom d'usage : <input type="text"/>	Prénom : _____
Nom de naissance: _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____
Adresse : _____	
e-mail : _____	
Code postal : _____	Localité : _____
Tél personnel : _____	Tél professionnel : _____
2 <sup>ème</sup> adresse (parents, amis...) :	
Nom : <input type="text"/>	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Localité : _____
Tél : _____	