

LETTRÉ DESTINÉE AU MÉDECIN TRAITANT
(DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX LIÉS À L'ÂGE)

DONNEUR : À LIRE ET À REMPLIR

J'autorise mon médecin à communiquer les renseignements médicaux demandés dans cette lettre par la Société canadienne du sang en vue d'évaluer, et non de déterminer mon admissibilité au don.

Nom du donneur : _____

Signature : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____
MM JJ AAAA

N° de téléphone : _____

MÉDECIN : À LIRE ET À REMPLIR

Docteur,

Le personnel de la Société canadienne du sang évalue l'admissibilité des donneurs avant chaque don de sang, de plasma ou de plaquettes, après les avoir soumis à un questionnaire médical et avoir mesuré leurs signes vitaux ainsi que leur taux d'hémoglobine.

Pour la sécurité des donneurs, nous sollicitons l'avis du médecin traitant dans les cas suivants :

- nouveau donneur ayant entre 61 et 71 ans (étant entre son 61^e et 71^e anniversaire);
- donneur ayant entre 67 et 71 ans (étant entre son 67^e et 71^e anniversaire) et n'ayant pas fait de don depuis deux ans;
- avis demandé tous les ans si le donneur a 71 ans ou plus. Les donneurs âgés de 71 ans ou plus doivent avoir fait un don de sang au cours des deux années précédentes.

Nous souhaitons savoir si votre patient peut, selon vous, supporter un prélèvement d'environ 500 ml de sang tous les 56 jours ou à des intervalles plus éloignés ou un prélèvement par apherèse de 300 à 500 ml de plasma, de plaquettes, voire des deux à des intervalles plus rapprochés. Si votre patient est atteint d'une maladie cardiovasculaire ou autre pathologie susceptible de limiter sa tolérance au prélèvement, veuillez en tenir compte. La détermination de l'admissibilité revient en dernier lieu à la Société canadienne du sang.

Il/Elle peut supporter le prélèvement.

Un don n'est pas conseillé dans son cas. Veuillez préciser : _____

Nom du médecin

Signature du médecin

Date

Adresse du médecin

Veuillez nous avvertir si votre patient fait une réaction indésirable après son don.

Merci de votre coopération.

RÉSERVÉ AU PERSONNEL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG

N° de donneur : _____

Accepté Exclu Motif (le cas échéant) : _____

Rempli par _____ Date _____

(aaaa-mm-jj)