

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

**À remplir par la personne contaminée ou l'ayant droit**

*Les Informations de ce Questionnaire sont couvertes par le Secret et font l'objet d'une protection légale. Elles sont strictement à usage interne de l'ADVASC et seuls les Dirigeants de l'ADVASC y ont accès. Elles ne font pas l'objet d'un traitement automatisé d'informations nominatives.*

Nature de la contamination - Virus de l'Hépatite C : .....  
- et /ou Autre (préciser) : .....

Origine de la contamination - par transfusion de sang et/ou de dérivés sanguins : .....  
- par traitement dentaire : .....  
- Autre (préciser) : .....

Avez vous été rappelé depuis par une lettre vous invitant à vous faire dépister ? : .....

**TRANSFUSION**

Nature de la Pathologie ayant occasionné la contamination : .....

Date de la révélation de votre contamination : .....

Date de la première transfusion : .....

Depuis cette date, avez vous subi d'autres transfusions ? : .....

Lieu de la première transfusion : .....

Adresse complète de l'Hôpital ou de la Clinique (Service) : .....

Nom et prénom(s) du Chirurgien : .....

Nom et prénom(s) de l'Anesthésiste : .....

Adresse du Centre de Transfusion Fournisseur du sang : .....

Nature et Numéro du ou des produit(s) vous ayant contaminé (sang total, plasma frais congelé ou lyophilisé, culot(s) de... ; fibrinogène, colle biologique; autres) : .....

Date du prélèvement du don de sang : .....

Lieu du prélèvement du don de sang et nature du lieu de prélèvement (poste fixe, poste mobile: Bus, Établissement Pénitentiaire, autres) : .....

Adresse du Centre de Transfusion Préleveur du don de sang (s'il est différent du Centre de Transfusion Fournisseur): .....

*Les réponses à ce Questionnaire Médical sont faites sous la responsabilité du signataire. L'ADVASC. n'exerce aucun droit sur leur vérification. Leur sincérité est déterminante de la bonne défense des intérêts dont l'Association assure la défense. L'association se réserve toutefois de demander tous renseignements complémentaires utiles.*

Etes vous (ou avez vous été) Membre d'une autre Association dont l'objet concerne des personnes contaminées ?  
OUI NON (rayer la mention inutile). Si Oui, Nom de cette Association(s) : .....

A ....., le .....  
(Signature, précédée de la mention: certifié sincère).