

# PROMESSE DE DON

A remplir par le donneur, merci

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  M  F

Adresse : .....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

e-mail : .....

Tél. domicile : ..... Tél. mobile : .....

Tél. professionnel : ..... Employeur : .....

Date : ..... Signature : .....

Le Centre de Transfusion Sanguine vous remercie de votre engagement

## CONTRE-INDICATIONS AU DON DU SANG

Poids inférieur à 50 kg – Transfusion sanguine depuis 1980 – Test positif pour les marqueurs des virus du Sida, de l'Hépatite B ou C et de l'agent de la Syphilis – Rapports sexuels avec des partenaires exposés à des situations à risque – Injections de drogue (actuelles/passées)

