

## Rapport Médecin traitant, généraliste ou hématologue

À l'intention du Responsable Médical pour le Service francophone du Sang

Je soussigné, déclare par la présente que

Nom, prénom .....

Date de naissance .... / ... / .....

se trouve actuellement en phase d'entretien du traitement pour l'Hémochromatose héréditaire, c'est-à-dire :

- a. Ne présente pas de lésion organique à cause de l'hémochromatose
- b. Lors d'une prise de sang datant de moins d'un mois par rapport à la signature du présent rapport, présente un taux de ferritine située entre les valeurs de référence
- c. Ne nécessite pas plus d'une saignée tous les deux mois et que la quantité de sang à prélever lors de chaque saignée respecte les critères légaux du don de sang
- d. Nécessite ..... saignées / an

Cachet et signature :

Date :

PS. : La durée de validité de ce rapport est de un an à dater de la signature. Il devra être renouvelé chaque année en tenant compte de l'évolution des paramètres biologiques et cliniques.