

Attestation médecin traitant pour les donneurs atteints d'hémochromatose

Je soussigné, atteste que Mr/Mme

Nom.....

Prénom.....

Né.e le /...../.....

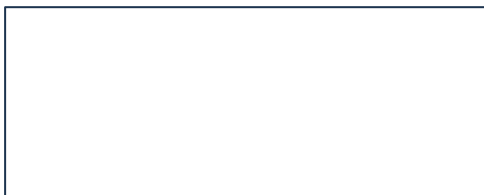
Numéro de donneur (pour le SFS) :

Se trouve actuellement en phase d'entretien pour l'hémochromatose héréditaire, et que Mr/Mme :

- Ne présente pas de lésion organique liée à l'hémochromatose
- Présente un taux de ferritine qui se situe entre les valeurs de référence lors d'une prise de sang datant de maximum un mois par rapport à la date de signature du présent rapport
- N'a pas besoin de plus d'une saignée tous les 2 mois et la quantité de sang à prélever par saignée respecte les critères légaux du don de sang (maximum 500 ml).

Cachet et signature :

Date :// 20.....



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

Médecins responsables des prélèvements

Brabant Hainaut	Chaussée de Binche 101 – 7000 Mons	T. 065 22 10 30	F. 065 22 10 31
Liège	Rue Dos Fanchon 41 – 4020 Liège	T. 04 341 69 51	F. 04 341 69 69
Namur Luxembourg	Rue du Fond du Maréchal 8 – 5020 Suarlée	T. 081 56 41 52	F. 081 56 42 49
Bruxelles	Route de Lennik 808 – 1070 Bruxelles	T. 02 526 92 59	F. 02 526 92 40

0800 92 245 – www.donneurdesang.be – info@croix-rouge.be