

PROMESSE DE DON

A remplir par le donneur électroniquement ou en lettres majuscules.

Préférence : Matin Après-midi

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe : M F

Rue :

Code postal : Ville :

e-mail :

Tél. domicile : Tél. mobile :

Tél. professionnel : Employeur :

Date : Signature :

Une fois rempli, merci de renvoyer ce formulaire à
secretariat-cfpt@etat.ge.ch

**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)

