DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DES DONNEURS VOLONTAIRES DE MOELLE OSSEUSE

« S'engager à devenir donneur volontaire de moelle osseuse. Concrètement, qu'est-ce que ça signifie ? »

Avant de m'inscrire, je me suis informé(e) et :

- Je suis âgé (e) de plus de18 ans et moins de 51 ans.
- Je sais que la moelle osseuse est vitale pour l'organisme.
- J'ai compris qu'un don de moelle osseuse peut sauver une vie.
- Je sais que le don est volontaire, anonyme et gratuit.
- Je sais qu'il est excessivement rare qu'un donneur soit compatible avec un malade. C'est pourquoi je reste mobilisé(e) jusqu'à la date limite de mon inscription (60ans).
- Je m'engage à informer le Registre France Greffe de Moelle à l'Agence de la biomédecine en cas de changements importants dans ma vie (si je change d'adresse, si je pars à l'étranger, si je change de patronyme, si mon état de santé évolue …).
- J'ai compris que je serai sollicité(e) seulement au moment où un malade compatible avec ma propre moelle osseuse, où qu'il se trouve dans le monde, aura besoin d'une greffe.
- Je serai disposé(e) à m'organiser afin de me rendre disponible lors du prélèvement.
- Je signerai une lettre d'engagement pour valider mon inscription.
- Je sais que je peux renoncer à mon engagement à tout moment sans aucune justification.
- Je suis conscient(e) que des éventuelles contre-indications médicales me concernant peuvent rendre impossible mon don.

Je suis prêt(e) à m'inscrire comme donneur de moelle osseuse.

Je souhaite donc être contacté(e) par le centre d'accueil le plus proche de mon domicile, pour un premier rendez-vous, en vue de mon inscription sur le Registre des Donneurs Volontaires de Moelle Osseuse.

A _____, le _____ Signature :

Renseignements à fournir (en caractères d'imprimerie)

Civilité : **M** **Mme** | **Melle**

Nom : | | | | | | | | | | | | | | |

Prénoms : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

E-mail : _____

_____

Tél. personnel : _____

Code Postal : _____

Tél. professionnel : _____

Localité : _____

Tél. Mobile : _____

Formulaire complété et signé, à adresser à :

ADOT 31
Maison des Associations BAL 91
81, Rue Saint Roch BP 74184
31031 TOULOUSE Cedex 4
e-mail : adot31@gmail.com

Conformément à la loi Informatique et Liberté du 06/01/1978,
Vous disposez, en écrivant à l'Agence de Biomédecine, d'un droit d'accès, de rectification, et de suppression des données vous concernant.