

Attestation médecin traitant pour les donneurs atteints d'hémochromatose

Je soussigné, atteste que Mr/Mme

Nom.....

Prénom.....

Né.e le ..... / ..... / .....

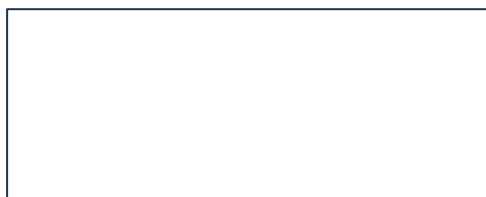
Numéro de donneur (pour le SFS) : .....

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  
Liège

Chaussée de Binche 101 – 7000 Mons  
Rue Dos Fanchon 41 – 4020 Liège

Namur Luxembourg  
Bruxelles

Rue du Fond du Maréchal 8 – 5020 Suarlée  
Route de Lennik 808 – 1070 Bruxelles

T. 065 22 10 30  
T. 04 341 69 51

T. 081 56 41 52  
T. 02 526 92 59

F. 065 22 10 31  
F. 04 341 69 69

F. 081 56 42 49  
F. 02 526 92 40

**0800 92 245 – [www.donneurdesang.be](http://www.donneurdesang.be) – [info@croix-rouge.be](mailto:info@croix-rouge.be)**