



**Rode Kruis  
Vlaanderen**

Medisch Secretariaat

Oost- en West-Vlaanderen  
Ottergemsesteenweg 413  
9000 Gent

T 09 244 56 65

[medischsecretariaat.gent@rodekruis.be](mailto:medischsecretariaat.gent@rodekruis.be)

Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg  
Motstraat 42  
2800 Mechelen

015 44 57 44

[medischsecretariaat.mechelen@rodekruis.be](mailto:medischsecretariaat.mechelen@rodekruis.be)

## L'hémochromatose et le don de sang

Cher confrère,

Suivant la loi du 9 mai 2018, les porteurs asymptomatiques et les patients atteints d'hémochromatose héréditaire sont admis en tant que donneurs de sang, de plasma et de plaquettes dès qu'ils/elles se trouvent dans la phase d'entretien thérapeutique, et à condition qu'ils/elles satisfassent sans exception aux critères de sélection prévus pour le don de sang total et de composants sanguins.

Le prélèvement doit avoir lieu en collaboration avec le médecin traitant sous la forme d'un rapport médical sur la surcharge en fer. Cela implique que, lors du premier prélèvement (et ensuite annuellement), le patient doit produire un **certificat**, signé par le médecin traitant, indiquant

- que le patient se trouve dans la phase **d'entretien thérapeutique** du traitement
- qu'il/elle n'a **pas besoin de plus d'une saignée tous les 2 mois**
- et qu'il/elle ne présente **aucun signe de lésion organique irréversible** due à la surcharge en fer.

Ce certificat doit être accompagné d'un **protocole de laboratoire récent** (datant de moins de 1 mois) mentionnant le taux sérique de ferritine et les valeurs de référence du laboratoire d'analyse clinique. Pour que le donneur soit admis, la ferritinémie doit se situer dans les valeurs de référence.

Pour pouvoir procéder à l'admission du donneur, nous vous demandons de compléter, en tant que médecin traitant, le certificat ci-dessous et de le délivrer au donneur.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

Sincères salutations,

Médecin en charge du suivi des donneurs

## **Certificat du médecin traitant**

Je soussigné déclare, par le présent certificat, que monsieur/madame

..... ,

date de naissance .....

- (1) se trouve actuellement dans la phase d'entretien du traitement de l'hémochromatose héréditaire;
- (2) qu'il/elle ne présente aucun signe de lésion organique irréversible due à la surcharge en fer;
- (3) que la personne concernée n'a pas besoin de plus d'une saignée tous les deux mois ;
- (4) que le taux sérique de ferritine se situe dans les valeurs de référence (veuillez ajouter un protocole de laboratoire datant de moins d'un mois au moment de la signature).

Dr. ....

Date .....

Cachet et signature

Période de validité: 1 an à compter de la date de signature