

Attestation

A remplir par le médecin :

Je soussigné.e certifie que Mr/Mme

Nom : Prénom : Date de naissance :

est guéri.e du COVID 19.

Date du résultat de test PCR positif sur écouvillon nasopharyngé (ou date de la confirmation radiologique)	Date :
Durée entre le diagnostic et la disparition des symptômes	En jours :

Je confirme que selon le questionnaire pré-don ce candidat donneur ne se trouve pas dans une des principales conditions l'excluant du don de plasma dans le cadre d'un don de plasma par un donneur guéri du Covid19.

Date : Signature :
et Cachet

Document de consentement éclairé

A remplir par le candidat donneur :

« **DONNEUR COVID19 GUERI, don pour une étude clinique avec traitement par plasma convalescent** »

Dans le cadre du prélèvement de plasma destiné à être transfusé à des patients atteints de COVID 19, j'accepte

1. qu'un échantillon supplémentaire soit prélevé afin de réaliser des analyses indispensables à la libération et distribution du produit en fonction des résultats obtenus
2. que les données récoltées puissent être cumulées avec celles d'autres donneurs et traitées statistiquement à des fins de recherche conformément au Règlement Général européen sur la protection des données

Nom : Prénom : Date de naissance :

Date : Signature du donneur(se) :