

## Attestation

### A remplir par le médecin

Je soussigné.e certifie que Mme/Mr

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....

Est guéri.e du COVID 19.

La confirmation du diagnostic de COVID 19 a été faite par test PCR (écouvillon naso-pharyngé) ou par radiologie ou par sérologie :

Date du résultat de test PCR Positif sur écouvillon naso-pharyngé	
ou de la confirmation radiologique	
ou de la sérologie positive	
Date de la disparition des symptômes	
Durée entre le diagnostic et la disparition des symptômes	

Hospitalisation pour COVID19 ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, aux soins intensifs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Je confirme que selon le questionnaire pré-don ce candidat donneur ne se trouve pas dans une des principales conditions l'excluant du don plasma dans le cadre d'un don par un donneur guéri du COVID 19.

**Date :** ..... **Signature et cachet :**

---

## Document de consentement éclairé

### A remplir par le candidat donneur

**DONNEUR COVID GUERI, don pour une étude clinique avec traitement par plasma convalescent.**

Dans le cadre de 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 issu de mon don 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) :**