

Plooschter Projet asbl
30, rue du cimetièr
L- 3715 Rumelange
CCPLULL **PLOOSCHTERPROJET**
IBAN LU67 1111 7033 0252 0000



www.plooschterprojet.lu
like us on Facebook
info@plooschterprojet.lu
Tel.: +352 621 69 51 55

Plooschter Projet

SENSIBILISIERUNG UND AKTIVE HILFE
FÜR KREBSKRANKE MENSCHEN

Summary English

WHAT IS „PLOOSCHTER PROJÉT“? (ENGLISH: „PLASTERPROJECT“)

Hi, my name is Yannick Lieners and I was diagnosed with chronic myelogenous leukemia at the age of 25. My form of leukemia can be treated with medicine. During my therapy I might have to rely on a stem cell or blood donation. However, there are other patients who have a more severe form of leukemia and depend on a stem cell donation. These patients have to go through a heavier form of chemotherapy and are healthy only for about one month after said therapy. During this month, they have to find a convenient donor so they do not relapse and have to go through the therapy again. In Luxembourg, every third patient does not find a suitable donor because not enough people are registered stem cell donors. Therefore, I decided to set up the project. Hence, the goal of this page is to convince as many people as possible to register themselves as stem cell donors and possibly save a leukemia patient's life.

Wondering about the process?

1) Register as stem cell donor

Step 1: You need to go to head to one of the four Ketter Thill offices





Conditions required to become a stem cell donor:

1. Be between 18 and 40 years old. Once registered, donations are possible up to 60 years of age (exceptions are made with minors aged 16-18 where parents need to sign a consent form).
2. Maximum of 2 pregnancies (miscarriages included),
3. Weigh more than 50 kg,
4. Be healthy,
5. Be a resident of the Grand-Duchy of Luxembourg or have the Luxembourgish nationality or be a resident of Germany or have the German nationality,
6. Fill in a health questionnaire,
7. Provide a blood or a saliva sample.

For more information visit:

www.plooschterprojet.lu

www.facebook.com/plooschterprojet

e-mail: info@plooschterprojet.com

bank account: CCPLLULL IBAN LU67 1111 7033 0252 0000

Becoming a stem cell donor is easy:

There are two possibilities:

1. **Register at home:** You can take an appointment by calling 27321 or via Email : info@bionext.lu and letting them know that you want to register as a stem cell donor. Following your call, a nurse will then visit you at home to enable your registration.
2. **Register in a laboratory:** You can also register in the different „picken doheem“ and in all of the Ketter Thill laboratories. You can find a list of all the potential laboratories on our website.

Bione^{•••••}t LAB

picken
doheem

www.plooschterprojet.lu

like us on Facebook | info@plooschterprojet.lu

Step 2: the actual stem cell donation

(only if you are a convenient donor)

It is possible that you will never be contacted for a stem cell donation (the chances of matching are about 5%). However, once a leukemia patient needs your stem cells, you can go ahead with the donation. In this case, you have to do a more specific medical check in Birkenfeld (Germany). Following the check-up, you undergo a treatment of injections you can make at home to activate your medulla during five days. Then, the actual donation can be done in Germany. With this donation you can save a leukemia patient's life!

For people who are not eligible for a blood donation or stem cell:

2) Normal blood donation at „Croix-Rouge“

Here, the criteria are less severe:

- **Between 18 and 60 years old**
- **Weight superior to 50 kg. People from 45 to 50 kg can do a plasma donation.**
- **Being healthy**
- **After travels to certain parts of the planet, you can't do a donation for some time.**

These blood donations can always be done in Luxembourg-City (42, boulevard Joseph II L-1840 Luxembourg) and sometimes in different places of the country too (which are indicated on the website). For blood donations, you have to make an appointment via telephone: 00352 27 55-4000. You can eat before the donation.

For any additional questions, you can contact the „Croix Rouge“ line. All additional information can be found here..

Alle weiteren Informationen finden Sie hier: www.croix-rouge.lu/de/sauvez-une-vie/

3) Register as an organ donor

Usually, the family of the concerned person is contacted to take the decision of organ donations. To take this decision from them and to allow the doctors to act quickly, it is very important to have an organ donor ID. :

All the information can be found here: www.protransplant.lu

For additional questions, you can contact this number: 00352 691535353 an.

Your organ donor ID can be requested online and will be sent to you by post. You can do this on the Protransplant internet site via the following link: www.protransplant.lu/index.php/le-don-d-organes/weri

4) Money donations

You can donate directly to Plooschterprojet, account number below :

Owner: Plooschterprojet

BIC: CCPLULL LU67 1111 7033 0252 0000

With your donations we support the following organisations :

Stefan Morsch Stiftung www.stefan-morsch-stiftung.com

Luxembourg Institute of Health: www.lih.lu



After your blood donation, you can take a picture of yourself that shows the plaster on your arm. You post the picture on this page and make it your profile picture so that your friends can see it, share it and other people are encouraged to take action. If you can't make a blood donation, you can post your donation transaction or organ donor ID on the wall and as a profile picture. Ideal would be a picture that includes a plaster, so get creative! I am very happy if you consider taking part in one, or even more of the actions..

5) The goal

The Goal of this page is on the one hand to raise awareness of the subject and on the other hand to create an active support for leukemia patients. If you do a blood donation, you have to get informed and deal with the subject and have the possibility to save somebody's life! Personally, it gives me strength to fight against leukemia if I see as many people as possible taking action to help and participate in the project!.

**BECOME A
STEM CELL DONOR,
SAVE A LIFE!**

www.plooschterprojet.lu

Declaration of consent for stem cell donation

I hereby declare my willingness and agree to donate bone marrow (or blood stem cells) voluntarily and gratuitously for a patient not related or unknown to me. I have read and understood the information letter about the voluntary bone marrow or blood stem cell donation. In addition, I had the opportunity to inform myself orally. I am aware of the exclusion criteria, purpose and procedure of the blood collection and bone marrow or blood stem cell donation and the associated risks. I agree to give about 5-6 ml of blood or a saliva sample for a molecular biological determination of my tissue characteristics (HLA testing) and that isolated cells or DNA can be frozen for later testing. Furthermore, I declare myself ready for any necessary further examinations.

I can revoke my consent at any time without giving reasons. The data processing up to then will not be affected by the revocation. After retraction my data may not be further processed, so I resign as a donor.

Déclaration de consentement au don de cellules souches

Je déclare par la présente ma volonté et consente à donner volontairement et gratuitement de la moëlle osseuse, resp. des cellules souches pour un patient non apparenté ou inconnu. J'ai lu et compris la lettre d'information sur le don volontaire de moëlle osseuse, resp. de cellules souches. De plus, j'ai eu l'occasion d'être informé oralement. Je suis conscient des critères d'exclusion, du but et de la procédure de prélèvement sanguin et de don de moëlle osseuse, resp. de cellules souches, ainsi que des risques associés. Je donne mon autorisation au prélèvement d'environ 5,6 ml de sang ou d'un échantillon de salive pour la détermination biologique moléculaire de mes caractéristiques tissulaires (ty page HLA) et à la congéla-

tion de cellules isolées ou d'ADN en vue d'un typage ultérieur. Par ailleurs, je donne mon consentement à des examens ultérieurs éventuellement nécessaires. J'ai le droit de révoquer mon consentement à tout moment et sans justification, avec effet pour l'avenir. Les traitements de données effectués auparavant n'en sont pas affectés. Suite à ma révocation, mes données ne pourront plus être traitées et je ne ferai plus partie des donneurs.

Vous trouverez des indications supplémentaires concernant la protection des données au verso de ce formulaire.

Welche Sprachen sprechen Sie?

Quelle langue parlez-vous?

What language do you speak?

DE FR EN

Leben Sie dauerhaft in Luxemburg oder haben Sie die luxemburgische Staatsangehörigkeit?

Êtes-vous résident du Grand-Duché de Luxembourg ou êtes-vous de nationalité luxembourgeoise?

Are you living in Luxembourg or do you have the Luxembourgish nationality?

ja // oui nein // non

Ich bin älter als 40 Jahre // J'ai plus de 40 ans:

I am more than 40 years old

ja // oui nein // non

Ich bin bereits in einer anderen Stammzellenspendertafel registriert://

Je suis déjà inscrit dans un autre fichier de donneurs de cellules souches:

I already subscribed to another stem cell donor data base

ja // oui nein // non

Nur für weibliche Spender: Hatten Sie mehr als zwei Schwangerschaften?

(Auch Fehlgeburten zählen zu den Schwangerschaften.) //

Uniquement pour les donneurs féminins: Avez-vous été enceinte plus de deux fois?

(Les fausses couches font également partie des grossesses.)

Only for women: Did you have more than 2 pregnancies? (a miscarriage is considered as a pregnancy)

ja // oui nein // non

BITTE füllen Sie alles in DRUCKSCHRIFT aus! // Merci de tout remplir en CASES D'IMPRIMERIE!

Name // Nom:
Surname

Please fill the original form of the Stefan-Morsch-Foundation.

Vorname // Prénom:
First name

Straße // Rue:
Street

Hausnummer // No.:
House number

PLZ // CP:
Postcode

Stadt // Ville:
City

Tel. Privat // Tél privé:
Private phone number

Mobil // Portable:
Cell phone number

Tel. Büro // Tél bureau:
Office phone number

E-Mail // Email:

Geburtstag //
Date de naissance:
Date of birth

Geschlecht // Sexe:
Gender

weiblich // féminin
female männlich // masculin
male

Matricule:

Please fill the original form of the Stefan-Morsch-Foundation.

Blutgruppe //
Groupe sanguin:
Blood type

Gewicht // Poids:
Weight

kg

Größe // Taille:
Height

cm

Einwilligung in die Datenverarbeitung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO

Consentement au traitement des données selon l'Art. 6, par. 1 lit. a du RGPD

I hereby consent to my personal data (first and last name, date of birth, gender, my health information, including my HLA characteristics) being processed to determine my ability to donate. Furthermore, I agree to the distribution of this transplantation and search relevant data under specification of a pseudonymized donor number of the donor management program of the Stefan Morsch Foundation / Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP) to the German Central Register (ZKRD, Ulm), international registers and seeking institutions in the whole world.

Par la présente, je donne mon accord au traitement de mes données personnelles (nom et prénom, date de naissance, sexe, indications concernant ma santé, dont mes caractéristiques HLA) pour déterminer mon aptitude au don. De plus, je donne mon accord à la transmission de ces données pertinentes pour la transplantation et la recherche de donneurs sous indication d'un numéro de donneur pseudonymisé du programme d'administration des donneurs de la fondation Stefan-Morsch-Stiftung / Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP) au registre central allemand des donneurs (ZKRD, Ulm), aux registres internationaux et aux institutions cherchant des donneurs dans le monde entier.

In the event of a change to my address that has not been communicated, information can be obtained from the registration offices. In doing so, I agree to the suspension of any existing information blockade. I agree that information about the Stefan Morsch Foundation will be sent to me.

En cas de changement d'adresse non communiqué, des renseignements pourront être recueillis auprès des autorités d'enregistrement. A ce titre, je donne mon consentement à l'abrogation d'éventuelles interdictions de renseignement. J'accepte que des informations sur les fondations Stefan-Morsch-Stiftung me soient envoyées.

**This is an english translation of the main parts of the original document.
Please fill the original questionnaire of the Stefan-Morsch-Foundation. Thank you!**

Spendernummer
Numéro de donneur

Spenderfragebogen / Questionnaire donneur / Donor questionnaire

Are you suffering or did you suffer from a severe disease//
Leiden oder litten Sie an einer schweren Erkrankung? // Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie grave ? ja // oui nein // non
Falls ja, an welcher // Si oui, laquelle // If yes, which one?

(Bitte lesen Sie diese Fragen sorgfältig und füllen Sie dann den Bogen gewissenhaft und vollständig aus.)
(Merci de lire attentivement ces questions et de remplir le questionnaire consciencieusement et intégralement.)
(Please read the questions carefully and answer the questions conscientiously and completely)

Krebs und andere bösartige Neubildungen (auch geheilt) // Cancer ou autres tumeurs malignes (même guéris) Cancer and other malign tumors (even cured)	<input type="checkbox"/>
Insulinpflichtiger Diabetes mellitus // Diabète sucré insulino-dépendant Insulin-dependent Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Schweres therapiebedürftiges Asthma bronchiale // Asthme bronchique sévère nécessitant une thérapie Severe therapy-requiring bronchial asthma	<input type="checkbox"/>
Schwere chronische obstruktive Bronchitis // Bronchite chronique obstructive sévère Severe chronic obstructive bronchitis	<input type="checkbox"/>
Schwere Herzerkrankungen wie koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, schwere Arrhythmien, Herzinfarkt // Cardiopathies sévères telles que la coronaropathie, l'angine de poitrine, arythmies aigües, infarctus Severe heart-diseases as coronary heart-disease, Angina pectoris, severe arrhythmia, heart attack	<input type="checkbox"/>
Schwere Nierenerkrankungen // Maladies rénales graves Severe renal diseases	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Blutgefäßsystems wie zerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B. Schlaganfall), arterielle Thrombosen, wiederkehrende venöse Thrombosen // Maladies du système vasculaire telles que les maladies cérébrovasculaires (p.ex. AVC), thromboses artérielles, thromboses veineuses récurrentes Cardiovascular diseases like cerebrovascular diseases (e.g. stroke), arterial thrombosis, recurrent venous thromboses	<input type="checkbox"/>
Erbliche Bluterkrankheiten wie z. B. Thalassämie, Sichelzellanämie, Dauerausscheidung von Salmonellen (Typhus und Paratyphuserregern) // Hémophilies héréditaires telles que la thalassémie ou la drépanocytose Excrétion permanente de salmonelles (agents du typhus ou de la fièvre paratyphoïde) Hereditary blood diseases like thalassemia, sickle cell anemia, permanent excretion of salmonella (typhus or paratyphoid fever)	<input type="checkbox"/>
Gehören oder gehörten Sie einer Risikogruppe für schwere Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C, AIDS an? (Betrifft insbesondere Menschen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern.) // Faites-vous ou avez-vous fait partie d'un groupe à risque pour les maladies transmissibles graves, telles que l'hépatite B et C, le SIDA ? (Concerne notamment les personnes changeant fréquemment de partenaire sexuel.) Do you belong to a risk group for severe infectious diseases like Hepatitis C and B, AIDS? (Especially concerns people who frequently change their sexual partner)	<input type="checkbox"/>
Nicht ausgeheilte Geschlechtskrankheiten wie Syphilis oder Gonorrhoe // Maladies sexuellement transmissibles non guéries telles que la syphilis ou la gonorrhée Non-cured sexual diseases like syphilis or gonorrhea	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen wie Morbus Crohn, Morbus Basedow, rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose, Lupus Erythematodes // Maladies auto-immunes telles que la maladie de Crohn, la maladie de Basedow, l'arthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques, le lupus érythémateux disséminé Auto-immune diseases like Morbus Crohn, Morbus Basedow, rheumatoid arthritis, multiple sclerosis, Lupus Erythematodes	<input type="checkbox"/>
Akute und chronische Hepatitis (infektiöse Gelbsucht) // Hépatite aigüe et chronique (ictère infectieux) Acute and chronic hepatitis (infectious jaundice)	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion (AIDS) // Infection par VIH (SIDA) HIV-infection (AIDS)	<input type="checkbox"/>
Suchterkrankungen wie Medikamenten-, Rauschgift- oder Alkoholsucht // Addictions telles que les dépendances aux médicaments, aux stupéfiants et à l'alcool Addictions like medication addiction, drug addiction, alcohol addiction	<input type="checkbox"/>
Bestehende oder abgelaufene tropische Infektionskrankheiten wie z. B. Babesiose, Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit), Leishmaniasis, Malaria, Lepra, Brucellose, Rickettsiose, Rückfallfieber, Tularämie (Hasepest) // Maladies infectieuses tropicales actuelles ou antécédentes telles que la babésiose, trypanosomiase (maladie de Chagas ou du sommeil), la leishmaniose, le paludisme, la lèpre, la brucellose, la rickettsiose, la fièvre récurrente, la tularémie (fièvre du lapin) Existing or anterior tropical infectious diseases like babesiosis, trypanosomiasis, leishmaniasis, malaria, leprosy, brucellosis, rickettsiosis, relapsing fever, tularemia	<input type="checkbox"/>
Würden Sie mit Hypophysenhormonen z. B. Wachstumshormonen behandelt? // Avez-vous subi un traitement aux hormones hypophysaires, p.ex. hormones de croissance ? Have you been cured with pituitary hormones e.g. growth hormones	<input type="checkbox"/>
Erhielten Sie eine Transplantation mit einem Gewebe oder Organ tierischen Ursprungs? // Avez-vous bénéficié d'un greffe de tissu ou d'un organe d'origine animale ? Did you get a transplantation of animal tissue or organs?	<input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob Anamnese in der Familie // Antécédents de maladie de Creutzfeld-Jacob dans la famille A family background of Creutzfeld-Jacob	<input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob Erkrankung sowie Transplantation von Dura mater (harter Hirnhaut) oder Cornea (Hornhaut) // Maladie de Creutzfeldt-Jacob avec transplantation de dura mater (dure-mère) ou de cornée Creutzfeld-Jacob disease with transplantation of dura mater or cornea	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen, die eine individuelle Klärung erfordern / Maladies nécessitant une clarification individuelle	
Bronchitis // Bronchite	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck // Hypertension	<input type="checkbox"/>
Allergien - wenn ja, welche // Allergies - si oui, lesquelles _____ if yes, which ones	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, dass ich nicht an schweren und dauerhaften Erkrankungen gelitten habe und meines Wissens gesund bin. //
Je confirme ne pas avoir été atteint d'une maladie grave ou prolongée et que je suis, à ma connaissance, en bonne santé.
I confirm that I did not suffer from severe or prolonged diseases and that I am healthy (as far as I know).

Please fill the original form of the Stefan-Morsch-Foundation.

Ort / Lieu, Datum / Date
Place / Date

Unterschrift / Signature