



Informationsblatt für die Nabelschnurblutspende Öffentliche Nabelschnurblutbank Schweiz

Liebe werdende Mutter, liebe Eltern

Die Geburt Ihres Kindes naht und Sie denken über eine Nabelschnurblutspende nach. Nachstehend erhalten Sie alle Informationen rund um die Entnahme und die Einlagerung des Nabelschnurblutes Ihres Kindes in einer öffentlichen Nabelschnurblutbank (Cord Blood Bank, CBB).

Einleitung

Das Blut, das nach der Geburt in der Nabelschnur und Plazenta des Kindes verbleibt, enthält eine relativ grosse Menge potenziell lebensrettender Zellen, die als Blutstammzellen bezeichnet werden. Blutstammzellen aus Nabelschnurblut können bei Blutkrebs (wie beispielsweise Leukämien), anderen schweren Blutkrankheiten oder seltenen immunologischen Erkrankungen für eine Transplantation verwendet werden. Bei einer Blutstammzelltransplantation wird das defekte blutbildende und immunologische System einer Patientin/eines Patienten durch gesunde neue Blutstammzellen ersetzt.

Blutstammzellen aus Nabelschnurblut können als Alternative zu Knochenmark oder peripheren Blutstammzellen für eine Transplantation verwendet werden. Sie können viele Jahre gelagert werden, ohne ihr Potenzial zu verlieren, die verschiedenen Arten von Blutzellen zu bilden. Durch die Einlagerung in einer öffentlichen Nabelschnurblutbank stehen die gespendeten Blutstammzellen für die Behandlung aller Patientinnen und Patienten weltweit zur Verfügung, die auf eine Blutstammzelltransplantation angewiesen sind.

Blutstammzellen aus Nabelschnurblut haben folgende Vorteile:

- Das Verfahren der Entnahme ist für Mutter und Kind sicher und ohne Risiko
- Nabelschnurblut kann einfach entnommen, eingefroren und für praktisch unbegrenzte Zeit eingelagert werden (Kryokonservierung)
- Nabelschnurblut ist schnell für eine Transplantation verfügbar
- Es besteht eine weniger strikte Notwendigkeit einer vollständigen HLA-Kompatibilität zwischen Spender und Empfänger als bei Blutstammzelltransplantationen mit Knochenmark oder peripheren Blutstammzellen

Allerdings ist die Menge an Blutstammzellen in einer Nabelschnurbluteinheit (Cord Blood Unit, CBU) begrenzt, sodass Nabelschnurblut vorzugsweise für Kinder verwendet wird, da die Menge für eine Transplantation bei einem Erwachsenen möglicherweise nicht ausreicht.

Die Spende von Nabelschnurblut erfolgt freiwillig, anonym und unentgeltlich.



Nachfolgend finden Sie ausführliche, schriftliche Informationen rund um die Nabelschnurblutspende. Bei einer geplanten Spende werden Sie vor der Geburt die Gelegenheit haben, alle Ihre Fragen zur Entnahme, Einlagerung und Verwendung Ihrer Nabelschnurblutspende zu stellen.

Voraussetzungen für eine Nabelschnurblutspende

Vor der Spende ist eine medizinische Untersuchung notwendig, um die Gesundheit von Mutter und Kind sowie die Spendetauglichkeit festzustellen und so die Empfängerin/den Empfänger vor übertragbaren Krankheiten zu schützen.

Dazu gehören:

- Das Ausfüllen eines medizinischen Fragebogens zum Gesundheitszustand und zur medizinischen Vorgeschichte von Mutter und Vater. Dieser Fragebogen beinhaltet auch Fragen zu bekannten Erkrankungen oder medizinischen Beeinträchtigungen in der Familie, die über das Nabelschnurblut auf die Empfängerin/den Empfänger übertragen werden könnten. Der medizinische Fragebogen sollte vor Beginn der aktiven Wehenphase ausgefüllt werden. Eine Entnahme von Nabelschnurblut kann nur vorgenommen werden, wenn alle Kriterien für die Spendetauglichkeit erfüllt sind
- Das Unterschreiben einer Einverständniserklärung vor der Nabelschnurblutspende
- Das Ausschliessen übertragbarer viraler bzw. bakterieller Infektionskrankheiten. So ist beispielsweise eine Untersuchung auf das HI-Virus, das Hepatitis-B- und -C-Virus und auf Syphilis obligatorisch (Screening-Tests)

Es kann allerdings sein, dass eine Infektionskrankheit in der ersten Zeit nach einer Ansteckung noch nicht nachweisbar ist und es daher möglich wäre, dass sie auf die Empfängerin/den Empfänger der Nabelschnurblutstammzellen übertragen wird. Deshalb sind die Angabe jeglicher Risikosituation und das wahrheitsgetreue Ausfüllen des medizinischen Fragebogens von grösster Bedeutung.

Sollten sich bei den Screening-Tests auffällige Befunde ergeben, werden Sie unverzüglich darüber informiert. Selbstverständlich haben Sie das Recht, sämtliche Untersuchungsergebnisse einzusehen.

Neben den oben erwähnten üblichen Screening-Tests werden auch Proben des mütterlichen Blutes und des kindlichen Nabelschnurblutes für allfällige spätere Untersuchungen eingelagert, die im Zusammenhang mit einer Transplantation notwendig sein können.

Alle im Rahmen einer Nabelschnurblutspende erhobenen Daten werden pseudonymisiert und sind nur Fachpersonen zugänglich, die der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen. „Pseudonymisiert“ bedeutet, dass der Name durch ein Pseudonym (meist eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt) ersetzt wird und damit die Feststellung der Identität des Betroffenen verunmöglicht wird.



Wie wird Nabelschnurblut gewonnen?

Die Blutstammzellen werden aus dem Restblut gewonnen, das nach der Geburt und Abnabelung des Kindes in der Plazenta und dem plazentanahen Nabelschnurstück verbleibt. Für die weitere Aufbereitung und Einlagerung ist eine Mindestmenge von Nabelschnurblut notwendig. Bedauerlicherweise wird diese Menge nicht immer erreicht.

Die Entnahme von Nabelschnurblut wird von Fachpersonal unter sterilen Bedingungen vorgenommen, um das Risiko einer Verunreinigung und Infizierung der Einheit zu minimieren und um eine möglichst hohe Qualität und Sicherheit für das spätere Transplantat zu gewährleisten. Das Verfahren ist für Mutter und Kind absolut sicher, schmerzfrei und ohne Risiko.

Wichtig ist, dass das übliche Vorgehen bei den Wehen und bei der Geburt nicht geändert wird. Der Geburtsverlauf, die Abnabelung und die unmittelbare Versorgung von Mutter und Kind nach der Geburt werden durch die Nabelschnurblutspende nicht beeinflusst. **Die Versorgung von Mutter und Kind hat immer Vorrang vor einer Nabelschnurblutentnahme.**

Auch wenn Sie die Kriterien für eine Spende vor der Geburt erfüllt haben, kann die zuständige Geburtshelferin/der Geburtshelfer in kritischen medizinischen Situationen (z. B. bei einer Frühgeburt) entscheiden, dass eine Nabelschnurblutentnahme nicht ratsam bzw. nicht möglich ist.

Einlagerung der Nabelschnurbluteinheit

Nach der Entnahme wird das Nabelschnurblut für die Aufbereitung und das Einfrieren in die öffentliche Nabelschnurblutbank gebracht. Die Aufbereitung im Stammzelllabor umfasst die Isolierung der Blutstammzellen aus dem Nabelschnurblut, die Etikettierung der Nabelschnurbluteinheit, die HLA-Typisierung sowie die Durchführung der Screening-Tests auf Infektionskrankheiten und die Kontrolle der vorgeschriebenen Qualitätsparameter. Wenn die Nabelschnurbluteinheit alle Qualitätsanforderungen erfüllt, wird sie eingefroren und bei -150°C eingelagert. Anschliessend wird die Nabelschnurbluteinheit in die Datenbank von Blutspende SRK Schweiz aufgenommen und steht Patientinnen und Patienten weltweit zur Verfügung.

Die Entnahme und Aufbereitung des Nabelschnurblutes sowie die Einlagerung der Nabelschnurbluteinheiten in der öffentlichen Nabelschnurblutbank erfolgt gemäss den internationalen FACT-NetCord-Qualitätsstandards (Internationale Standards für die Entnahme, Aufbereitung, Testung, Lagerung, Auswahl und Abgabe von Nabelschnurblut). In der Schweiz werden diese Standards nur in einer begrenzten Anzahl von Geburtskliniken erfüllt, sodass eine Entnahme von Nabelschnurblut zur Einlagerung in einer öffentlichen Nabelschnurblutbank nur in diesen Kliniken möglich ist (Liste siehe unten).

Falls das von Ihnen gespendete Nabelschnurblut nicht den Qualitätsanforderungen entspricht und daher nicht für einen klinischen Einsatz geeignet ist, wird es entweder entsorgt, oder aber es kann - mit Ihrem Einverständnis - in bestimmten Zentren

Nr: N/A	Name: DokDOK_121_Cord_Blood_Information_D.docx	Version: 6	Datum: 01.09.2018
Owner: bncgnico	Geschäfts-/Teilprozess: SBSC / Vorschriften		Seite: 3 von 5



alternativ für Untersuchungen zur Qualitätskontrolle in der Nabelschnurblutbank oder für wissenschaftliche Forschungsprojekte verwendet werden.

Mit der freiwilligen Spende des Nabelschnurblutes Ihres Kindes übertragen Sie das Eigentum an der gespendeten Nabelschnurbluteinheit an die öffentliche Nabelschnurblutbank.

Kosten

Ihnen entstehen keine Kosten für die Entnahme und Einlagerung des gespendeten Nabelschnurblutes.

Genetische Tests

Nach einer Transplantation werden bei der Empfängerin/beim Empfänger genetische Untersuchungen durchgeführt, um das Anwachsen der transplantierten Blutstammzellen zu überwachen oder auch um die Entwicklung der ursprünglichen Krankheit zu verfolgen. In ganz seltenen Fällen können diese Untersuchungen zu Ergebnissen führen, die für den Spender relevant sein könnten. Sie werden informiert, falls die Nabelschnurblutbank über solche Ergebnisse Kenntnis erhält.

Informationspflicht nach der Spende

Bestimmte Erkrankungen oder Infektionskrankheiten, die zum Zeitpunkt der Spende noch nicht bekannt sind, können ein Risiko für die Empfängerin/den Empfänger einer Nabelschnurbluteinheit darstellen.

Gesundheitliche Probleme, die um den Zeitpunkt der Geburt herum oder zu einem späteren Zeitpunkt in Ihrem Leben bzw. im Leben Ihres Kindes auftreten, könnten die Qualität der Nabelschnurbluteinheit und die Sicherheit der/des künftigen Empfängerin/Empfängers beeinträchtigen. Die Nabelschnurblutbank muss über alle Gesundheitsprobleme dieser Art informiert werden. Teilen Sie der Nabelschnurblutbank bitte auch mit, wenn Sie bemerken, dass Sie eine Frage im medizinischen Fragebogen nicht korrekt beantwortet haben.



Liste der Kliniken in der Schweiz, in denen eine Nabelschnurblutspende für die öffentlichen Nabelschnurblutbanken möglich ist:

- Kantonsspital Aarau
- Universitätsspital Basel
- Universitätsspital Bern
- Universitätsspital Genf
- In folgenden sechs Geburtskliniken im Tessin:
 - Ospedale Regionale - Civico, Lugano
 - Ospedale Regionale - Beata Vergine, Mendrisio
 - Ospedale Regionale Bellinzona e Valli - San Giovanni, Bellinzona
 - Ospedale Regionale - La Carità, Locarno
 - Clinica Sant'Anna, Sorengo
 - Clinica Santa Chiara, Locarno

Wenn Sie sich für die Nabelschnurblutspende interessieren, erhalten Sie bei diesen Spitälern weitere Informationen.

Die beiden öffentlichen Nabelschnurblutbanken der Schweiz befinden sich in den Universitätsspitalern Basel und Genf.

Link

https://www.blutspende.ch/de/blutstammzellspende/blutstammzellspender_werden/wen_n_es_zur_spende_kommt/wie_spende_ich_blutstammzellen/nabelschnurblutspende



Platzhalter für Klebeetikette

Medizinischer Fragebogen Öffentliche Nabelschnurblutbank Schweiz

Sie haben das **Informationsblatt für die Nabelschnurblutspende** gelesen und Sie möchten gerne das Nabelschnurblut Ihres Kindes spenden. Wir danken Ihnen, dass Sie die folgenden Fragen wahrheitsgetreu beantworten, indem Sie die erforderlichen Kästchen ankreuzen. Damit tragen Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit und zur Sicherheit des Empfängers des Nabelschnurblutes bei.

A. ANGABEN ZUR KINDSMUTTER

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ / Wohnort	
Telefon / E-Mail	

B. INFORMATIONEN ÜBER DIE ETHNISCHE ZUGEHÖRIGKEIT DER ELTERN

Welcher ethnischen Gruppe gehören Sie an? Bitte gemäss beiliegender Liste ausfüllen.

Kind.....
 Kindsmutter.....
 Kindsvater.....

C. FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEIT

		Ja	Nein	Visa
1.	a) Wurden Sie und/oder der Vater des Kindes in der frühen Kindheit adoptiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Ist diese Schwangerschaft durch Verwendung von Spender-Eizellen, Spender-Samen oder als Leihmutterschaft entstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank, haben Sie eine ärztliche Behandlung erhalten oder eine Körpertemperatur von über 38 C (oder 100 F) gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente verwendet (z. B.: Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Roaccutan® (Akne) oder Propecia® (Kahlwuchs) angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason® / Soriatane® (Schuppenflechte) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Platzhalter für Klebeetikette

			Ja	Nein	Visa
4.	a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Plasma, Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut, Hepatitis B oder Starrkrampf geimpft?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? Wann?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? Wenn ja, bitte auf S. 5, unter E präzisieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Kindsmutter		Kindsvater	
	a) Herzkreislauf	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	b) Atemwegs-, Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	c) Magen, Darm	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	d) Harnwege/Nieren/Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	e) Nervensystem	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	f) Immunsystem	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	g) Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	h) bösartige Bluterkrankung, bitte genau angeben (s. Frage 17)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	i) Krebs, bitte genau angeben (s. Frage 17)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	j) sonstige (z.B. Diabetes), bitte genau angeben	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> eine Krankheit? <input type="checkbox"/> einen Unfall? <input type="checkbox"/> eine Operation? Falls ja, bitte genau angeben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie vor 01.01.1986 Wachstumshormone erhalten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?	Kindsmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Kindsvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Waren Sie zwischen dem 01.01.1980 und 31.12.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar, Falklandinseln)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Haben Sie seit dem 01.01.1980 eine Bluttransfusion erhalten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb Europas? Falls ja, wo? Seit wann sind Sie zurück? Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z. B. Fieber)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	a) Sind Sie jemals an einer Malaria erkrankt? Wenn ja, bitte auf S. 5, unter E präzisieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Sind Sie in einem Malariagebiet geboren/aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Erkrankten Sie jemals an: <input type="checkbox"/> Tuberkulose? <input type="checkbox"/> Borreliose? <input type="checkbox"/> Brucellose? <input type="checkbox"/> Osteomyelitis? <input type="checkbox"/> Q-Fieber? <input type="checkbox"/> Toxoplasmose? <input type="checkbox"/> Babesiose? <input type="checkbox"/> Chagas? <input type="checkbox"/> Leishmaniose? Falls ja, wann?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein	Visa
11. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten: <input type="checkbox"/> Tätowierung? <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung? <input type="checkbox"/> Akupunktur? <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung? <input type="checkbox"/> permanent Make-up? <input type="checkbox"/> Piercing? <input type="checkbox"/> Nadelstichverletzung? Falls ja, wann? Sterile Instrumente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ist Ihr Lebens-, Sexual oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten oder sexuelle Kontakte (geschützte oder nicht geschützte) mit wechselnden Partnern in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Aufenthalt in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate in den letzten 12 Monaten während mindestens 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Hatte Ihr Partner seit 1977 sexuelle Kontakte mit Männern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Gewerbsmässige sexuelle Kontakte seit 1977	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Positiver Test für HIV, für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partnern gehabt, die sich einer Risikosituation wie in Frage 13 ausgesetzt haben, oder die in AIDS-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Anzeichen von Chlamydien, Genitalherpes, Syphilis oder eine andere sexuell übertragbare Erkrankung, oder wurden Sie hierfür behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Haben Sie vor dem 01.01.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen? Wenn ja, geben Sie bitte genau den Verwandtschaftsgrad an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Erkrankungen der roten Blutkörperchen (z. B. Thalassämie, Sichelzellanämie u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
b) Erkrankungen der weissen Blutkörperchen <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
c) Blutplättchenkrankheiten (z.B. Essentielle Thrombozytose, Thrombozytopenie u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
d) Stoffwechselkrankheiten / Speicherkrankheiten (z.B. Tay-Sachs, Fabry's, Gaucher, Niemann-Pick, Diabetes u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
e) Immunschwächekrankheiten <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
f) Erworbene / angeborene Autoimmunerkrankungen (z.B. Lupus, M. Basedow u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
g) Bösartige Bluterkrankungen (z.B. Leukämie, Multiples Myelom, Myelodysplastisches Syndrom u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
h) Sonstige Krebsarten, einschliesslich Mehrfachtumore <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
i) Angeborene Blutungsstörungen (z.B. Hämophilie, von Willebrand Krankheit u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			



Platzhalter für Klebeetikette

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und das wahrheitsgetreue Ausfüllen des Fragebogens.

Mutter:

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Datum:..... Unterschrift:.....

Vater (fakultativ):

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Datum:..... Unterschrift:.....



Platzhalter für Klebeetikette

Überprüfung des Fragebogens durch das Fachpersonal

D. VON DER GEBURTSABTEILUNG AUSZUFÜLLEN:

Bemerkungen zu Abschnitt C „Fragebogen zur Gesundheit“:

Frage :

Frage :

Frage :

Fragebogen von der Geburtsabteilung geprüft: Datum: Visum:

Geburtsklinik (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Basel: Bern: Genf: Tessin Aarau:

Nachdem ich den medizinischen Fragebogen und die Krankengeschichte der werdenden Mutter überprüft habe, bestätige ich hiermit, dass es keine körperlichen Anzeichen gibt, die derzeit auf ein HOHES RISIKOVERHALTEN in der Gegenwart oder Vergangenheit für übertragbare Infektionskrankheiten (HIV, HTLV, Hepatitis B oder C und sexuell übertragbare Erkrankungen) hinweisen, und dass alle Antworten in dem medizinischen Fragebogen nach meinem besten Wissen korrekt sind. Entsprechend den Antworten bestätige ich, dass diese Spenderin in der Lage ist, das Nabelschnurblut ihres Kindes bei der Geburt an die *Öffentliche Nabelschnurblutbank Schweiz* zu spenden. Für den Fall, dass sich neue Gesundheitsinformationen ergeben, die sich auf diese Spende auswirken könnten, versichere ich, diese Informationen der *Öffentlichen Nabelschnurblutbank Schweiz* zur Verfügung zu stellen.

Name des Arztes: Vorname:

Datum: Unterschrift des Arztes:

E. VON DER NABELSCHNURBLUTBANK ODER DEM BLUTSPENDEDIENST AUSZUFÜLLEN

Fragebogen geprüft und bestätigt von:

Nabelschnurblutbank Regionaler Blutspendedienst SRK

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift:

F. VON DER NABELSCHNURBLUTBANK AUSZUFÜLLEN:

Nabelschnurblutbank (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Basel Genf

Die Kriterien zur Spende von Nabelschnurblut sind erfüllt:

Ja Nein

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift:



Einverständniserklärung für Spenderinnen von Nabelschnurblut

Ich erkläre mich bereit, freiwillig das Nabelschnurblut meines Kindes für die Einlagerung in der Öffentlichen Nabelschnurblutbank (Cord Blood Bank, CBB) zu spenden. Die Blutstammzellen aus diesem Nabelschnurblut können für die Behandlung einer Patientin/eines Patienten im In- oder Ausland verwendet werden, der/die eine Transplantation von Blutstammzellen benötigt.

Insbesondere bestätige ich folgende Punkte:

- Ich wurde über die Nabelschnurblutspende aufgeklärt
- Ich habe das **Informationsblatt für die Nabelschnurblutspende - Öffentliche Nabelschnurblutbank Schweiz** gelesen und den Inhalt verstanden
- Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen, und alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen
- Ich wurde über die im Vorfeld der Spende notwendigen Untersuchungen (insbesondere auf übertragbare Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis, Syphilis) aufgeklärt
- Ich wurde auf mein Recht zur Einsicht der Untersuchungsergebnisse hingewiesen
- Ich bin mir bewusst, dass die im Informationsblatt genannten Voraussetzungen und Anforderungen (z. B. Spendetauglichkeit, Mitteilung aller gesundheitlichen Veränderungen) erfüllt werden müssen
- Ich sage zu, der Geburtsklinik alle relevanten Veränderungen meiner Gesundheit mitzuteilen, die Auswirkungen auf meine Spendetauglichkeit haben könnten
- Ich verpflichte mich, die Geburtsklinik unverzüglich zu informieren, falls ich in den nächsten Tagen oder kurz nach der Geburt erkrankte oder eine enge Kontaktperson oder mein Kind erkrankt
- Ich verpflichte mich ebenfalls, die Nabelschnurblutbank und/oder die Geburtsklinik darüber zu informieren, wenn später in meinem Leben oder im Leben meines Kindes gesundheitliche Veränderungen auftreten sollten, die Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der eingelagerten Nabelschnurbluteinheit (Cord Blood Unit, CBU) haben könnten oder die sich möglicherweise auf die Empfängerin/den Empfänger auswirken könnten
- Ich erlaube der Geburtsklinik und den betreuenden Kinderärzten, jetzt und in der Zukunft Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen, die mich oder mein Kind betreffen und die für die Qualität oder Sicherheit der eingelagerten Nabelschnurbluteinheit relevant sein könnten oder die sich möglicherweise auf die Empfängerin/den Empfänger auswirken könnten
- Mir ist bekannt, dass ich bis zur Geburt meines Kindes das Recht habe, mein Einverständnis zur Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes zu widerrufen
- Ich stelle die Blutstammzellen meines Kindes unentgeltlich zur Verfügung
- Ich stimme zu, dass ich durch die freiwillige Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes das Eigentum an der gespendeten Nabelschnurbluteinheit an die Öffentliche Nabelschnurblutbank übertrage
- Ich bin damit einverstanden, dass eine Probe des Nabelschnurblutes für die HLA-Typisierung entnommen wird. Diese Probe und die damit verbundenen Daten (in pseudonymisierter Form) dürfen zu diesem Zweck an externe, auch im Ausland gelegene Laboratorien gesendet, dort getestet und aufbewahrt werden.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (in pseudonymisierter Form) und die Ergebnisse meiner HLA-Typisierung in die Datenbank von Blutspende SRK Schweiz aufgenommen werden. Meine Daten dürfen im Rahmen einer weltweiten Spendersuche für Patientinnen und Patienten an internationale Register für Blutstammzellspender übermittelt werden
- Ich erlaube Blutspende SRK Schweiz und den zugelassenen Labors, meine Proben und HLA-Daten zu nutzen, um die HLA-Variabilität in der Bevölkerung und die Verteilung der

Nr: 2171	Name: FOR_Informed_Consent_Cord_Blood_Donation_D.dotx	Version: 2	Datum: 01.09.2018
Owner: bncgnico	Geschäfts-/Teilprozess: SBSC / Vorschriften		Seite: 1 von 2



verschiedenen HLA-Kombinationen zu analysieren. Mir ist bekannt, dass meine Daten nur in pseudonymisierter Form verwendet werden und dass diese Analysen für mich und mein Kind nicht mit Risiken verbunden sind

- Ich weiss, dass mein Blut und das Blut meines Kindes mittels molekularbiologischer Verfahren untersucht wird, um eine eventuelle Übertragung einer Krankheit auf die Empfängerin/den Empfänger auszuschliessen
- Ich weiss, dass im Falle einer Transplantation des gespendeten Nabelschnurblutes einzelne Blutproben nach der Transplantation über lange Zeit aufbewahrt werden, um allfällige, im Zusammenhang mit dieser konkreten Transplantation später auftauchende Fragen zu beantworten, die für die Empfängerin/den Empfänger wichtig sein könnten
- Ich weiss, dass nach einer Transplantation bei der Empfängerin/beim Empfänger genetische Untersuchungen durchgeführt werden, um das Anwachsen der transplantierten Blutstammzellen zu überwachen oder um die Entwicklung der ursprünglichen Krankheit zu verfolgen. In seltenen Fällen können diese Untersuchungen zu Ergebnissen führen, die für mich oder mein Kind relevant sein könnten. Die Nabelschnurblutbank wird mich informieren, falls sie von solchen Untersuchungsergebnissen in Kenntnis gesetzt wird
- Ich wurde darüber informiert, dass SBSC dem Schweizerischen Datenschutzgesetz untersteht und somit alle meine personenbezogenen Daten vertraulich behandelt werden. In der Schweiz wird bei der unverwandten Spende zwischen Spender/-in und Empfänger/-in Anonymität gewahrt
- Ich weiss, dass alle im Rahmen dieser Nabelschnurblutspende erhobenen Daten pseudonymisiert werden und nur Fachpersonen zugänglich sind, die der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen

Ich erkläre hiermit, dass ich bereit bin, das Nabelschnurblut meines Kindes für die Einlagerung in der Öffentlichen Nabelschnurblutbank zu spenden.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Blutstammzellen meines Kindes, falls sie nicht zur Einlagerung für eine Transplantation geeignet sind, für folgende Zwecke verwendet werden:

- Für Forschungszwecke (die von einer Ethikkommission genehmigt wurden)

Ja Nein nicht zutreffend

- Für Qualitätskontrollen in der Nabelschnurblutbank

Ja Nein nicht zutreffend

Mutter:

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift:

Vater (fakultativ):

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift:

Nr: 2171	Name: FOR_Informed_Consent_Cord_Blood_Donation_D.dotx	Version: 2	Datum: 01.09.2018
Owner: bncgnico	Geschäfts-/Teilprozess: SBSC / Vorschriften		Seite: 2 von 2



Fragebogen zur Risikobeurteilung einer Zika Virus Infektion bei Spenderinnen von Nabelschnurblut

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Entnahmedatum	
Entnahmezentrum	
Cord Blood Bank	Basel <input type="checkbox"/> Genf <input type="checkbox"/>

Zweck: Informationen sammeln betreffend eine mögliche Zika Virus Infektion im Hinblick auf die Beurteilung der Spendetauglichkeit.

SBSC verlangt, dass allen Spenderinnen, die **ab dem 1. Juli 2016** Nabelschnurblut spenden, die nachfolgenden Fragen gestellt werden.

Bitte bei Antwort "Nicht gefragt / Nicht beantwortet / Nicht bekannt", unten einen Kommentar hinzufügen.

1. Wurde bei Ihnen während der Schwangerschaft eine Zika Virus Infektion diagnostiziert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht gefragt / Nicht beantwortet <input type="checkbox"/>
2. Sind Sie während Ihrer Schwangerschaft in ein Risikogebiet* für Zika Virus gereist oder haben Sie in einem Risikogebiet gewohnt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht gefragt / Nicht beantwortet <input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie während Ihrer Schwangerschaft sexuellen Kontakt mit einem Mann,			
a. bei dem in den 6 Monaten vor dem sexuellen Kontakt eine Zika Virus Infektion diagnostiziert wurde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht gefragt / Nicht beantwortet / Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
b. der in den 6 Monaten vor dem sexuellen Kontakt in ein Risikogebiet* für Zika Virus gereist ist oder in einem Risikogebiet gewohnt hat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht gefragt / Nicht beantwortet / Nicht bekannt <input type="checkbox"/>

***Risikogebiet:** Unter folgenden Links finden Sie die Gebiete, in denen sich das Zika Virus aktuell ausbreitet:

<http://www.cdc.gov/zika/geo/index.html>

Das CDC (Center for Disease Control and Prevention) aktualisiert regelmässig die Informationen zum aktuellen Stand des Zika Virus Ausbruches in den Risikogebieten. Änderungen der Risikogebiete sind zu erwarten.

NMDP-website mit betroffenen Gebieten in USA:

<https://network.bethematchclinical.org/Zika Risk Areas within the United States>



Kommentar:

Vorgehen:

Antwort	Beurteilung	Entscheid
Ja (auf eine oder mehrere der obenstehenden Fragen)	Spenderin nicht spendetauglich	Keine Spende
Nein	Spenderin spendetauglich	Spende akzeptiert
Nicht beantwortet / Nicht bekannt	Spenderin spendetauglich mit Vorbehalt *	Spende akzeptiert mit Vorbehalt*, Test empfohlen

* Vermerk auf Cord Blood Unit Data, Information an Transplantationszentrum durch SBSC.

NB: Bei Anfrage für eine CBU-Lieferung, deren Spende „unter Vorbehalt“ erfolgt ist, muss vom Transplantationszentrum eine Bestätigung der medizinischen Dringlichkeit eingeholt werden.

Entscheid: keine Spende Spende akzeptiert Spende akzeptiert mit Vorbehalt, Test empfohlen

Ausgefüllt durch: _____ **Datum:** _____