



Fiche d'information sur le don de sang de cordon Banque publique de sang de cordon

Chère future maman, chers parents,

La naissance de votre enfant approche et vous envisagez de faire un don du sang de cordon. Vous trouverez ci-après toutes les informations relatives au prélèvement et au stockage du sang de cordon de votre enfant dans une banque publique de sang de cordon.

Introduction

Le sang restant dans le cordon ombilical et le placenta d'un enfant nouveau-né après l'accouchement contient une quantité élevée de cellules souches du sang susceptibles de sauver une vie. Ces cellules peuvent être transplantées, à la place de la moelle osseuse ou de cellules souches périphériques, sur des personnes atteintes de leucémie, d'une autre maladie sanguine grave ou d'une maladie immunologique rare. Lors de la transplantation, le système hématopoïétique et immunologique défectueux de la patiente ou du patient est remplacé par de nouvelles cellules souches du sang saines.

Le sang de cordon s'obtient à partir du sang résiduel du cordon ombilical et du placenta après la naissance et la section du cordon et peut être prélevé et stocké sans risque pour la mère et l'enfant. Lorsqu'elles sont stockées dans une banque publique de sang de cordon, les cellules souches du sang données sont à la disposition de tous les patients et patientes qui ont besoin d'une transplantation de cellules souches du sang dans le monde. La probabilité que le sang de cordon donné soit administré à un/e patient/e non apparenté/e dépend des caractéristiques tissulaires (caractéristiques HLA) de la donneuse ou du donneur et de la receveuse ou du receveur et donc de leur compatibilité tissulaire.

Le stockage de cellules souches du sang de cordon présente les avantages suivants:

- Le prélèvement est sûr et dénué de risque pour la mère comme pour l'enfant
- Le sang de cordon se congèle aisément et se conserve pendant de nombreuses années (cryoconservation) sans perdre ses qualités
- Le sang de cordon est rapidement disponible pour un traitement (transplantation)
- La transplantation de cellules souches du sang de cordon entraîne moins de réactions de rejet chez la receveuse ou le receveur. C'est pourquoi la nécessité d'une compatibilité tissulaire (groupage HLA) complète entre la donneuse/le donneur et la receveuse/le receveur est moindre que pour une transplantation de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques

Néanmoins, la quantité de cellules souches du sang pouvant être prélevées à la naissance est limitée et éventuellement trop restreinte pour permettre une transplantation sur un adulte. Il s'ensuit que le sang de cordon est plutôt destiné aux enfants.

Le don de sang de cordon est volontaire et gratuit.

Conditions à remplir pour un don de sang de cordon

Un examen médical s'impose avant le don afin de vérifier l'état de santé de la mère et de l'enfant ainsi que leur aptitude au don pour protéger la receveuse ou le receveur de maladies contagieuses.

Nr: N/A	Name: DOK_123_Cord_Blood_Information_Public_F	Version: 8	Datum: 01.12.2020
Owner: bncgnico	Geschäfts-/Teilprozess: SBSC / Vorschriften	Seite: 1 von 4	

Marche à suivre:

- Remplir un questionnaire médical sur l'état de santé et les antécédents médicaux de la mère et du père. Ce questionnaire inclut des questions sur les maladies ou les handicaps survenus dans la famille qui pourraient être transmis à la receveuse ou au receveur par l'intermédiaire du sang de cordon. Le questionnaire médical doit être rempli et vérifié avant la naissance de l'enfant. Le prélèvement de sang de cordon n'est réalisé que si tous les critères d'aptitude au don sont satisfaits
- Signer une déclaration de consentement
- Se soumettre à un prélèvement de sang pour exclure toute maladie infectieuse, virale ou bactérienne, telle que le VIH, les virus de l'hépatite B, C et E et la syphilis

Dans les premiers temps suivant la contamination par une maladie infectieuse, celle-ci peut ne pas être dépistable et donc être transmise à la receveuse ou au receveur du sang de cordon. C'est pourquoi il est crucial que chaque situation à risque soit évoquée et que le questionnaire soit rempli avec le plus grand soin et en toute sincérité.

Si les tests de dépistage de maladies infectieuses révèlent des résultats positifs, vous en serez immédiatement informés. Il va de soi que vous avez le droit de consulter tous les résultats d'examen.

Outre les tests de dépistage de maladies infectieuses usuels précités, des échantillons du sang de la mère et du sang de cordon de l'enfant sont conservés pour d'éventuelles analyses futures (test d'hémoglobinopathie p.ex.) requises en vue d'une transplantation.

Toutes les données saisies dans le cadre d'un don de sang de cordon sont enregistrées sous un pseudonyme et accessibles uniquement à des spécialistes soumis au secret médical. L'usage d'un pseudonyme consiste généralement à remplacer le nom par une combinaison de plusieurs lettres et/ou chiffres nommée également code de manière à rendre l'identification de l'intéressé/e totalement impossible.

Comment s'obtient le sang de cordon?

Les cellules souches du sang s'obtiennent à partir du sang résiduel du cordon ombilical et du placenta après la naissance et la section du cordon. Une quantité minimale de sang de cordon est exigée pour le stockage. Tous les dons ne permettent pas d'obtenir la quantité requise.

Le prélèvement de sang de cordon est effectué par du personnel médical qualifié assistant la mère lors de l'accouchement et doit être réalisé dans des conditions stériles pour réduire le risque de contamination et pour assurer une qualité et une sécurité aussi élevées que possible pour le futur transplant.

Les soins à la mère et à l'enfant ont la priorité sur le prélèvement du sang de cordon qui n'influe en rien sur le déroulement de l'accouchement.

Dans de rares cas, il peut arriver que le prélèvement de sang de cordon planifié ne puisse avoir lieu notamment en cas d'accouchement prématuré ou de situation critique.



Stockage de l'unité de sang de cordon

Le prélèvement et la préparation du sang de cordon ainsi que le stockage des unités de sang de cordon dans la banque publique de sang de cordon se font dans le respect des normes de qualité internationales FACT-NetCord (International Standards for Cord Blood Collection, Processing, Testing, Banking, Selection and Release – normes internationales de collecte, préparation, analyse, stockage en banque, sélection et libération de sang de cordon). En Suisse, peu de maternités remplissent ces normes et sont donc les seules dans lesquelles il est possible de prélever du sang de cordon à des fins de stockage dans une banque publique de sang de cordon (voir la liste en dernière page). L'unité de sang de cordon est ensuite saisie dans la banque de données de Transfusion CRS Suisse SA pour être mise à la disposition des patientes et patients du monde entier.

Si le sang de cordon que vous avez donné ne satisfait pas aux exigences de qualité et ne se prête dès lors pas à un usage clinique, soit il est éliminé, soit il peut – avec votre accord – être utilisé dans des centres déterminés pour des contrôles qualité de la banque de sang de cordon ou pour des projets de recherche scientifique.

Par le don volontaire du sang de cordon de votre enfant, vous transférez la propriété de l'unité de sang de cordon donnée à la banque publique de sang de cordon.

Coûts

Le prélèvement et le stockage du sang de cordon donné n'occasionne aucun coût pour vous.

Tests génétiques sur la receveuse/le receveur après la transplantation

Après la transplantation, des analyses génétiques sont réalisées sur la receveuse/le receveur pour suivre la croissance des cellules transplantées et dépister une éventuelle réapparition de la maladie. Dans de très rares cas, il peut en ressortir des résultats significatifs pour l'enfant. Si la banque de sang de cordon a connaissance de tels résultats, les parents en seront informés.

Devoir d'information après le don

Certaines maladies, infectieuses ou non, qui ne sont pas connues au moment du don peuvent comporter un risque pour la receveuse ou le receveur d'une unité de sang de cordon. Les éventuels problèmes de santé que votre enfant connaîtrait juste après la naissance ou plus tard dans la vie pourraient influencer sur la qualité de l'unité de sang de cordon et la sécurité de la future receveuse ou du futur receveur. Les parents doivent informer la banque de sang de cordon et/ou la maternité de tout problème de ce genre et sont priés, le cas échéant, de prendre contact avec la banque de sang de cordon et/ou la maternité.

Nr: N/A	Name: DOK_123_Cord_Blood_Information_Public_F	Version: 8	Datum: 01.12.2020
Owner: bncgnico	Geschäfts-/Teilprozess: SBSC / Vorschriften		Seite: 3 von 4



Liste des maternités dans lesquelles il est possible de faire don du sang de cordon en vue du stockage en banque publique:

- Hôpital cantonal d'Aarau
- Hôpital universitaire de Bâle
- Hôpital universitaire de Berne
- Hôpitaux universitaires de Genève

Ces hôpitaux vous fournissent de plus amples informations si vous envisagez de faire don de sang de cordon.

Les deux banques publiques de sang de cordon de Suisse se situent dans les hôpitaux universitaires de Bâle et Genève.

Liens

https://www.blutspende.ch/fr/cellules_souches_du_sang/devenir_donneur/wenn_es_zur_spende_kommt/comment_donner_mes_cellules_souches_du_sang/don_de_sang_de_cordon

Espace pour étiquette

Questionnaire médical Don de sang de cordon

Vous venez de lire la **Fiche d'information sur le don de sang de cordon** et souhaitez donner le sang de cordon de votre enfant à naître. Nous vous serions infiniment reconnaissants de répondre aux questions ci-après avec la plus grande sincérité en cochant d'une croix la case appropriée. Vous contribuerez ainsi à votre propre sécurité tout comme à celle du receveur du sang de cordon.

Les questions concernent vous, comme mère de l'enfant. Lorsqu'il faut des informations sur le père, la fratrie de l'enfant ou d'autres parents, la demande sera posée explicitement.

À la fin du questionnaire (dans section D) il y a de la place pour des commentaires ou des explications supplémentaires.

A. INFORMATIONS SUR LA MÈRE DE L'ENFANT

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
NPA / lieu	
Tél. / courriel	

B. INFORMATIONS SUR L'ORIGINE ETHNIQUE DES PARENTS

À quel groupe ethnique appartenez-vous? Merci de remplir selon la liste ci-jointe.

Groupes	Code	Description	Mère de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père de l'enfant <input type="checkbox"/>
Africain	AFNA	Afrique du Nord	Mère de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père de l'enfant <input type="checkbox"/>
	AFSS	Afrique subsaharienne	Mère de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père de l'enfant <input type="checkbox"/>
Asiatique	AS	Asie centrale: Russie de l'Est, Kazakhstan, Ouzbékistan, Kirghizstan, Tadjikistan	Mère de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père de l'enfant <input type="checkbox"/>
		Asie du Nord-Est: Japon, Corée du Nord / Sud		
		Océanie: Iles pacifiques sauf Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Taiwan, les Aléoutiennes		
		Asie du Sud-Est: Chine, Mongolie, Birmanie, Laos, Cambodge, Thaïlande, Vietnam, Taiwan		
		Asie du Sud-Ouest: Moyen-Orient, Turquie		
		Asie du Sud: Inde, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka, Bhoutan, Népal		
Caucasien	CAU	Europe, Groenland, Islande, Russie, Australie, Nouvelle-Zélande, Amérique du Nord (États-Unis, Canada)	Mère de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père de l'enfant <input type="checkbox"/>
Hispanique	HI	Amérique centrale, Amérique du Sud, Caraïbes	Mère de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père de l'enfant <input type="checkbox"/>
Mixte	MX		Mère de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père de l'enfant <input type="checkbox"/>
Autre	OT		Mère de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père de l'enfant <input type="checkbox"/>
Inconnu	UK		Mère de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père de l'enfant <input type="checkbox"/>



Espace pour étiquette

C. QUESTIONNAIRE MÉDICAL

		Oui	Non
1.	a) Vous-même et/ou le père de l'enfant avez-vous été adoptés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Pour la conception, avez-vous eu recours à du sperme d'un donneur, à un ovocyte d'une donneuse ou êtes-vous une mère porteuse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Êtes-vous au courant de l'histoire médicale du père de l'enfant ou pourriez-vous obtenir ces informations/données?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été malade ou avez-vous eu de la fièvre supérieure à 38.5°C? Si oui, prière de spécifier:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	a) Au cours de la grossesse, avez-vous pris des médicaments (p.ex. comprimés, injections, suppositoires)? Lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Au cours des 3 dernières années avez-vous pris du Neotigason® / du Soriatane® (p.ex. pour psoriasis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	a) Avez-vous reçu une immunothérapie (p.ex. médicaments provenant de plasma, cellules ou sérum d'origine humaine ou animale)? Si oui, laquelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu une vaccination? Influenza <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Rage <input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Laquelle? Quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Présentez-vous ou avez-vous présenté une des maladies ou des symptômes suivants? Si oui, prière de spécifier (maladie, moment de la survenue, traitement / médicaments, guéri ou non, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) Hypertension avant ou pendant la grossesse (p.ex. pré-éclampsie, HELLP syndrome):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Maladie cardiovasculaire:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Maladie respiratoire:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Maladie du système digestif:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Maladie du système urogénital:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) Maladie du système neurologique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) Maladie du système immunitaire (p.ex. une allergie, maladie inflammatoire chronique, maladie auto-immune):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h) Maladie infectieuse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Espace pour étiquette

	Oui	Non
i) Contact avec une personne atteinte d'une maladie infectieuse? Quelle maladie? Contact quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Maladie du sang:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Cancer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Diabète: Type I <input type="checkbox"/> Type II <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Maladie thyroïdienne: Thyroïdite Hashimoto <input type="checkbox"/> M. Basedow <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Prière de spécifier: Quel traitement: De quand à quand?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Autre maladie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des 12 derniers mois avez-vous:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Eu un accident? <input type="checkbox"/> Été opérée? <input type="checkbox"/> Si oui, prière de spécifier:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Reçu une transfusion sanguine? Si oui, quand? Pour quelle raison? Dans quel pays?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Maladie de Creutzfeldt-Jakob, risque		
a) Vous-même ou une personne apparentée êtes-vous ou avez-vous été atteint(e) par la maladie de Creutzfeldt-Jakob? Veuillez le signaler même en cas de doute. Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous reçu une greffe de tissu humain? Prière de spécifier:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous reçu une greffe de tissu d'origine animal? Prière de spécifier:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avez-vous été opérée du cerveau ou de la moelle épinière? Prière de spécifier:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Virus tropicaux, risque (en font partie: les virus Chikungunya, Dengue, virus du Nile occidental et Zika)		
a) Au cours des 6 derniers mois avez-vous voyagé / séjourné hors de la Suisse? Si oui, où? Depuis quand êtes-vous de retour? Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p.ex. fièvre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pendant la grossesse avez-vous été atteinte d'une infection par le virus Chikungunya, Dengue ou par le virus du Nile occidental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vous-même ou votre partenaire sexuel avez-vous été atteint d'une infection par le virus Zika au cours des 4 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<i>Espace pour étiquette</i>		Oui	Non
9.	Malaria, risque		
a)	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs crises de malaria? Si oui, quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Au cours des 3 dernières années avez-vous séjourné dans une région endémique de la malaria? Si oui, où? Quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Maladie de Chagas, risque		
a)	Avez-vous déjà été atteinte de la maladie de Chagas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Vous-même ou votre mère (grand-mère de l'enfant) êtes-vous née dans un pays extra-européen, y avez-vous grandi ou vécu pendant plus de 6 mois? Si oui, qui? Dans quel pays?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Avez-vous déjà présenté une des maladies suivantes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> borréliose <input type="checkbox"/> brucellose <input type="checkbox"/> ostéomyélite <input type="checkbox"/> fièvre Q <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> babésiose <input type="checkbox"/> leishmaniose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, quand?		
	Êtes-vous en contact étroit (p.ex. soins, partenaire résidentiel) avec une personne qui souffre d'une tuberculose contagieuse / ouverte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Au cours des 2 derniers mois avez-vous eu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> un tatouage <input type="checkbox"/> une gastro-, colonoscopie <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture <input type="checkbox"/> un maquillage permanent <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> un microblading <input type="checkbox"/> un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, la bouche ou autres parties du corps) Si oui, quand? Utilisation d'instruments stériles <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	a) Avez-vous déjà souffert d'une jaunisse ou d'une hépatite? Lequel? Hépatite A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Jaunisse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Un membre de votre entourage, de votre milieu familial ou votre partenaire sexuel habituel a-t-il présenté une jaunisse / hépatite au cours des 12 derniers mois? Laquelle? Hépatite A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	a) Au cours des 12 derniers mois avez-vous séjourné pendant au moins 6 mois dans un pays où le taux de l'infection à VIH est élevé Si oui, dans quel pays?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Pendant ce séjour vous êtes-vous exposée à un risque d'infection VIH (p.ex. par rapport sexuel, intervention médicale / paramédicale comme transfusion sanguine, tatouage, piercing)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Espace pour étiquette

	Oui	Non
15. Vous êtes-vous exposée à l'une ou plusieurs des situations à risque suivantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Changement de partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rapports sexuels contre rémunération (échange d'argent, de drogues ou de médicaments) au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rapports sexuels avec un partenaire qui, au cours des 12 derniers mois, a eu des rapports sexuels avec des hommes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Injection de drogues au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Test positif pour le virus VIH, la syphilis ou l'hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Au cours de 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires, qui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) se sont exposés à l'une des situations à risque mentionnée à la question 15?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ont reçu des transfusions sanguines dans les pays où le taux de l'infection à VIH est élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) étaient exposés autrement à un risque d'infection à VIH (p.ex. par rapport sexuel, tatouage, piercing) dans un pays où le taux de l'infection à VIH est élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous présenté des symptômes de chlamydie, d'herpès génital, de syphilis ou d'une autre maladie sexuellement transmissible ou avez-vous été traitée pour ces maladies? Prière de spécifier:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Y a-t-il dans votre famille des antécédents des maladies suivantes? Si oui, prière de spécifier le lien de parenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Maladie des globules rouges (p.ex. thalassémie, drépanocytose) Laquelle? Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie aplasique Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Maladie des plaquettes (p.ex. immunothrombocytopenie) Laquelle? Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Troubles de la coagulation, génétiques (p.ex. hémophilie, maladie de von Willebrand, Facteur V Leiden) Lequel? Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Troubles du métabolisme / maladie de stockage (p.ex. mucoviscidose, goutte, M. Tay-Sachs, M. Fabry, M. Gaucher, M. Niemann-Pick) Laquelle? Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diabète Type I: Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/> Diabète Type II: Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Immunodéficience / déficience immunitaire congénitale Laquelle? Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Espace pour étiquette

		Oui	Non
g)	Maladie du sang maligne (p.ex. leucémie, myélome multiple, syndrome myélodysplasique, thrombocytémie essentielle etc.) Laquelle? Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	Cancer Laquelle? Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	Autre maladie Laquelle? Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Frères et sœurs de l'enfant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. COMMENTAIRES (mère)

Question:

Question:

Question:

Question:

Question:

Question:

Question:

.....

Je confirme que mes données personnelles sont correctes et que j'ai répondu en toute sincérité au questionnaire

Mère

Nom: Prénom: Date de naissance:

Date: Signature:

Père (facultatif)

Nom: Prénom: Date de naissance:

Date: Signature:



Espace pour étiquette

Contrôle du questionnaire par le personnel qualifié

E. A REMPLIR LORS DU RECRUTEMENT

Remarques concernant le paragraphe C « Questionnaire médical »:

Question:

.....

.....

Question:

.....

.....

Question:

.....

.....

Question:

.....

.....

Questionnaire contrôlé (lors du recrutement): Date:Signature:

Maternité hôpital (cocher la case appropriée):

Aarau: Bâle: Berne: Genève: Tessin:

F. À REMPLIR LORS DU PRÉLÈVEMENT DU SANG DE CORDON

Ayant vérifié le questionnaire médical et le dossier médical de la future mère, je confirme par la présente n'avoir observé aucun symptôme physique suggérant actuellement un COMPORTEMENT À HAUT RISQUE, passé ou présent, en matière de maladies infectieuses transmissibles (VIH, HTLV, hépatite B ou C, maladies sexuellement transmissibles). Je confirme que, sur la base du dossier médical, la donneuse est apte à donner le sang de cordon de son bébé à sa naissance. Au cas où de nouvelles informations seraient connues sur la santé de la donneuse ou de son enfant qui pourraient influencer sur le sang de cordon donné, je m'engage à les transmettre à la Banque de sang de cordon.

Médecin:

Nom:Prénom:

Date:Signature du médecin: