

CONSENTEMENT AU DON VOLONTAIRE DE SANG DE CORDON OMBILICAL

Par la présente, je déclare que je souhaite, de façon tout à fait volontaire, faire don du sang de cordon ombilical, qui sera prélevé après la naissance de mon enfant. Ce sang de cordon ombilical sera traité et congelé et pourra être utilisé pour un patient pour qui a été posée une indication médicale pour une greffe de cellules souches. J'ai lu la notice d'information sur le sang de cordon ombilical ([NS-00ALG1-015](#)) et j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions nécessaires. Je suis au courant que ce prélèvement n'entraîne pas de frais, et que le prélèvement n'aura pas de conséquences pour moi-même ni pour mon enfant. Il n'y a aucun prélèvement de sang sur votre bébé.

1. Je **consens** à la collecte de sang de cordon ombilical. Je consens également au fait que la membrane placentaire soit conservée et qu'après traitement, elle soit éventuellement utilisée pour une greffe.
2. J'accepte qu'un **prélèvement de mon sang** ait lieu lors de l'accouchement.
3. J'accepte qu'on me pose des **questions** par rapport à mes antécédents médicaux, ainsi qu'à ceux de ma famille proche, pour déterminer si le sang de cordon ombilical peut être greffé sans risque. J'accepte que mon dossier médical, et le dossier médical du bébé soient éventuellement consultés par le personnel médical.
4. Je déclare avoir rempli le questionnaire soigneusement et, à ma connaissance, correctement. Je comprends que, dans le futur, je pourrai **éventuellement** être contactée afin de fournir des **informations complémentaires** ou pour une **prise de sang de contrôle** à moi-même (dans l'éventualité d'un problème technique lors du traitement de la prise de sang initiale).
5. J'accepte de renvoyer, un an après l'accouchement, un **questionnaire** concernant la **santé de mon enfant**, rempli par un pédiatre ou le médecin de famille, à la *Leuvense Navelstrengbloedbank (LNBB - Banque de Sang de Cordon Ombilical de Louvain)*. Ce certificat de bonne santé de mon bébé contribue à l'utilisation sans risque du sang de cordon ombilical pour une greffe.
6. J'accepte que, sur mon sang et sur le sang de cordon ombilical, toutes les **analyses** soient réalisées, nécessaires à déterminer la qualité du sang de cordon ombilical, parmi lesquelles un test sur la hépatite, la syphilis, le CMV, le HTLV et le VIH, et éventuellement, des tests sur le matériel génétique. Je suis au courant que des échantillons de référence du sang de cordon ombilical et de mon sang sont conservés (congelés) dans l'éventualité de tests de qualité ultérieurs supplémentaires. J'accepte que les résultats de ces analyses peuvent être envoyés à mon médecin*.
7. Je donne l'autorisation à la banque de cordon ombilical de créer le dossier de donneur contenant les **données nécessaires**. Ces informations seront traitées de façon confidentielle. (*Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Version coordonnée, modifiée par la loi du 11 décembre 1998, M.B. Le 3 février 1999*)
8. Je donne l'autorisation que les données utiles concernant le sang de cordon ombilical soient gardées de **façon codée** dans le registre géré par la *Leuvense Navelstrengbloedbank des Universitaire Ziekenhuizen Leuven* (Hôpitaux universitaires de Louvain), et que ces données puissent également être transférées de façon codée à d'autres registres ou de centres de greffe.
9. Je sais que le sang de cordon ombilical sera éliminé s'il ne répond pas aux critères sévères de stockage, ou si le laboratoire n'est pas capable de le traiter sans risque.
10. Je sais que j'ai le **droit de refuser** à tout moment le don de sang de cordon ombilical
11. Je comprends que nous (ni moi-même, ni l'enfant, ni le père) ne pouvons **pas revendre** ce sang de cordon ombilical
12. **J'accepte/je n'accepte pas** * que le sang de cordon ombilical soit utilisé à des fins de recherche scientifique au cas où, pour une raison quelconque, il ne pourrait pas être utilisé par la banque de sang de cordon ombilical. **veuillez entourer la mention qui convient.*

DONNEES DU DONEUR

Nom et prénom de la MÈRE du bébé	Date de naissance de la mère:	Lieu de naissance de la mère :
Nom et prénom du PÈRE du bébé		
Nom et prénom du BÉBÉ		
Rue + numéro		
Code Postal + Localité		
Téléphone/GSM	Téléphone travail	
E mail		
En cas d'anomalies, les résultats du test peuvent être envoyés à mon (*cochez la case qui convient <input type="checkbox"/>) Gynécologue <input type="checkbox"/> / Médecin de famille <input type="checkbox"/> / Pédiatre de l'enfant <input type="checkbox"/>		
Nom	Code Postal + Localité	

Fait à	Date	Signature de la MÈRE

QUESTIONNAIRE dans le cadre DE DON DE SANG DE CORDON OMBILICAL

En cas de réponse positive, PAS DE prélèvement

Questions concernant l'ensemble de la FAMILLE		!!!En cas de réponse positive, PAS DE prélèvement!!!	
A votre connaissance, il y a-t-il dans la famille (vous-même, le père ou les grands-parents de votre enfant, ses frères ou soeurs, ses oncles et tantes, cousins et cousines):			
		NON	OUI
1.	Une maladie de Creutzfeld-Jacob, une démence précoce (<65ans) ou une autre affection du système nerveux par un virus ou par une cause inconnue? (REMARQUE: la démence sénile "classique" n'est pas un critère d'exclusion! Veuillez donc répondre "NON")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions exclusivement pour la MÈRE/LE PÈRE/L'ENFANT		!!!En cas de réponse positive, PAS DE prélèvement!!!	
		NON	OUI
2.	Avez-vous dû suivre un traitement de fertilité sous la forme de don d'ovules et/ou don de sperme (lorsque l'ovule ne vient pas de vous et/ou le sperme ne vient pas de votre partenaire)? Avez vous fait appel à une mère porteuse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Existe-t-il une forme de consanguinité entre vous et le père de l'enfant (jusqu' au niveau de cousin/cousine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Dans les 12 derniers mois, avez-vous ou le père présenté une maladie transmissible (comme la hépatite B ou C, le SIDA, le virus HTLV, la syphilis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Appartenez-vous et/ou votre partenaire sexuel(le) à un groupe à risque élevé de contamination du virus SIDA (VIH) comme les prostituées, les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, les partenaires sexuels multiples ou homosexuel/bisexuel ? Avez-vous eu une relation avec un nouveau partenaire sexuel dans les 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	A-t-on constaté des anomalies chromosomiques chez votre enfant pendant la grossesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Avez-vous ou le père du baby déjà eu une procédure médicale qui vous a exposée à des cellules ou organes d'animaux (p. ex. transplantation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions exclusivement pour la MÈRE		!!!En cas de réponse positive, PAS DE prélèvement!!!	
		NON	OUI
8.	Êtes-vous en ce moment enceinte de plusieurs enfants (p.ex. jumeaux) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Dans les 12 derniers mois, avez-vous reçu une transfusion de sang, de plasma ou de plaquettes sanguines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Avez-vous reçu une transplantation d'organe ? Une greffe de dure-mère (cerveau)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Souffrez-vous d'une maladie autoimmune ayant nécessité un traitement immunosuppresseif/ immunomodulateur au cours des 12 derniers mois (par voie orale, intraveineuse, sous cutanée ou intramusculaire), de Lupus Erythémateux systémique ou du syndrome de Sjogren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Est-ce que le paludisme (malaria), la babésiose , la lèpre , la leishmaniose , une infection du virus du Nil occidental , ou une maladie de Chagas ont déjà été constaté chez vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Avez-vous eu une piqûre d'aiguille accidentelle ou avez-vous eu un contact avec du sang/des fluides corporels de quelqu'un d'autre sur des plaies ouvertes ou des muqueuses dans les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Dans la période comprise entre 1980 et 1996 avez-vous séjourné pendant trois mois (cumulativement) ou plus au Royaume Uni ? Avez-vous déjà suivi un traitement par hormone de croissance ? Avez-vous utilisé de l'insuline bovine depuis 1980? (p.ex. Rapitard MC, Ultralente MC, Lente MC, Iletin) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	A-t-on constaté une affection maligne (cancer) chez vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Avez-vous présenté une tuberculose active ou une toxoplasmose ou pendant votre grossesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Avez-vous déjà eu une intoxication par des métaux lourds (mercure, plomb, zinc, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE dans le cadre DE DON DE SANG DE CORDON OMBILICAL

Questions exclusivement pour la MÈRE	!!!En cas de réponse positive, PAS DE prélèvement!!!	
	NON	OUI
18. Avez-vous présenté une infection par le virus ZIKA pendant la grossesse ou 4 semaines avant le début de votre grossesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous vécu / voyagé dans une zone à risque* du virus ZIKA pendant la grossesse ou 4 semaines avant le début de votre grossesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous eu des contacts sexuels avec un homme:	a. <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/>
a. qui a été diagnostiqué avec le virus ZIKA au cours des 15 derniers mois avant l'accouchement ?		
b. qui a vécu / voyagé dans une zone à risque* du virus ZIKA au cours des 15 derniers mois avant l'accouchement ?	b. <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/>

(*) Zone à risque du virus ZIKA

En ce moment les zones à risques sont (selon le 'US Center for Disease Control' (CDC)): L'Amérique du Sud, L'Amérique centrale, les Caraïbes, Les îles du Pacifique. L'information sur les zones à risques sur le site 'CDC ZIKA information-website' (<https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/zika-information>) est toujours à jour.

QUESTIONNAIRE dans le cadre DE DON DE SANG DE CORDON OMBILICAL

En cas de réponse positive, PRELEVEMENT OK mais veuillez préciser

Questions concernant la MÈRE et la FAMILLE DIRECTE (en cas de réponse positive, PRELEVEMENT OK mais veuillez préciser)		
A votre connaissance, il y a-t-il dans la famille au premier degré (vous-même, le père de votre enfant ou les frères et/ou sœurs de votre enfant):	NON	OUI
21. Des maladies sanguines héréditaires/des tendances anormales aux saignements (p. ex. thalassémie, drépanocytose, anémie de Fanconi,...), maladies du système immunitaire ou maladies lysosomales (p. ex. mucopolysaccharidose,...)? Si oui, chez quel membre de la famille? Depuis quand ?..... Quelle maladie ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Des maladies héréditaires ou des anomalies chromosomiques ? Une fibrose kystique (=mucoviscidose) ? Si oui, chez quel membre de la famille?..... Depuis quand ?..... Quelle maladie ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions exclusivement pour la MÈRE (en cas de réponse positive, PRELEVEMENT OK mais veuillez préciser)	NON	OUI
23. Avez-vous eu des problèmes pendant la grossesse? Si oui, le(s)quel(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. A-t-on constaté des anomalies chez votre bébé pendant la grossesse? Si oui, le(s)quelle(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avez-vous pris des médicaments pendant le premier trimestre de la grossesse? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE dans le cadre DE DON DE SANG DE CORDON OMBILICAL

Questions exclusivement pour la MÈRE		(en cas de réponse positive, PRELEVEMENT OK mais veuillez préciser)									
		NON	OUI								
26. Avez-vous pris des médicaments pendant le reste de la grossesse? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>											
27. Avez-vous quitté la Belgique les six derniers mois? Si oui, où et quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Pays</td> <td>Date</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		Pays	Date								
Pays	Date										
28. Avez-vous quitté l'Europe les trois dernières années? Si oui, où et quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Pays</td> <td>Date</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		Pays	Date								
Pays	Date										
29. Avez-vous fait un voyage aventureux (en dormant dans des cabanes ou tentes) en Amérique centrale/du Sud lors de les 5 dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
30. Etes-vous originaire d'un pays à risque de paludisme (malaria) ou y avez-vous vécu pendant >5 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
31. Avez-vous été dans un endroit à risque de paludisme lors des 3 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
32. Avez-vous eu de la fièvre inexpliquée dans les 6 mois après un retour de voyage? Si oui, quel pays et quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
33. Vous a-t-on administré un vaccin vivant lors des 8 dernières semaines? NB: Boostrix et le vaccin contre la grippe ne sont pas de vaccins vivants. Si oui, quel vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
34. Les 12 derniers mois, avez-vous eu des tatouages <input type="checkbox"/> , de l'acupuncture <input type="checkbox"/> , une perforation de la lobe d'oreille <input type="checkbox"/> ou un piercing <input type="checkbox"/> ? Si oui, cela a-t-il été effectué par un professionnel qualifié prenant en compte des précautions hygiéniques et aseptiques et utilisant du matériel stérile jetable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
35. Savez-vous que le VIH/SIDA peut être contagieux, même si la personne se sent bien et a une sérologie VIH négative?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
36. Avez-vous déjà fait un don de sang de cordon ombilical dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
37. Est-ce que le don de sang de cordon ombilical vous a déjà été refusé? Si oui, pourquoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
38. Avez-vous été en contact les 12 dernières semaines avec une personne qui avait reçu récemment un vaccin contre la variole ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
39. Avez-vous eu deux ou plus des symptômes suivants les quatre derniers mois: fièvre au-dessus de 38°C <input type="checkbox"/> , maux de tête <input type="checkbox"/> , douleurs musculaires <input type="checkbox"/> , éruption cutanée <input type="checkbox"/> ou ganglions gonflées <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
40. Avez-vous eu des problèmes de coagulation sanguine les cinq dernières années (p. ex. hémophilie) et reçu des facteurs de coagulation humains ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
41. Etes-vous originaire d'une région africaine à malaria/VIH * ou y avez séjourné vous plus qu'un an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
42. Les douze derniers mois, avez-vous été plus que 72 heures en détention? (prison/détention provisoire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

QUESTIONNAIRE dans le cadre DE DON DE SANG DE CORDON OMBILICAL

Questions seulement pour la MÈRE	(en cas de réponse positive, PRELEVEMENT OK mais veuillez préciser)	
	NON	OUI
43. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec un partenaire qui: <ul style="list-style-type: none"> a. aurait pu être exposé à des cellules vivantes animales (p. ex. transplantation) b. était atteint d'hépatite B, C ou le VIH c. devait prendre des facteurs de coagulation d. est originaire d'une région africaine à malaria/VIH * ou qui y a déjà séjourné plus d'un an ? 	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>
44. Avez-vous déjà eu les symptômes suivants: <ul style="list-style-type: none"> a. sueurs nocturnes inexplicables? b. lésions cutanées bleues inexplicables suggestives pour la maladie de Kaposi? c. perte de poids inexplicable? d. diarrhée inexplicable? e. toux ou essoufflement inexplicable? f. fièvre (>38°C) inexplicable pendant plus que 10 jours? g. lésions inexplicables dans la bouche? h. ganglions gonflés de manière inexplicable pendant plus qu'un mois? 	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>
45. Avez-vous déjà bénéficié d'une transfusion lors d'un voyage au Royaume Uni, en France ou une région africaine à malaria/VIH?(= Bénin, Cameroun, République Centrafricaine, Tchad, Congo, Guinée, Gabon, Kenya, Niger, Nigeria, Sénégal, Togo, Zambie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Origine géographique des parents de l'enfant

Remplissez le pays natal des parents et grands-parents de l'enfant.

Indiquent quelle zone géographique proviennent vos ancêtres / quelle est leur origine?

Origine géographique des parents de l'enfant						Pays natal	
Remplissez le pays natal des parents et grands-parents de l'enfant.						Pays natal	
Indiquent quelle zone géographique proviennent vos ancêtres / quelle est leur origine?						Mère:	
						
REGION GÉOGRAPHIQUE	Mère	Père	REGION GÉOGRAPHIQUE	Mère	Père	Grand-mère de la mère:	
Scandinavie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asie du Nord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Europe de l'Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asie Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grand-père de la mère:	
Europe de l'Ouest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyen-Orient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Europe du Sud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrême-Orient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père:	
Afrique du Nord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asie du Sud-Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Afrique Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amérique du Nord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grand-mère du père:	
Afrique du Sud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amérique Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Afrique de l'Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amérique du Sud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grand-père du père:	
Afrique de l'Ouest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Océanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cet information a pour but de mieux gérer et inventorier la banque de sang de cordon ombilical et n'a aucune influence sur la décision finale sur le stockage de l'échantillon de sang de cordon dans la banque. Nous vous remercions de remplir ces informations.

Je déclare avoir répondu aux questions posées en toute connaissance de cause.

Fait à	Date	Signature de la MÈRE
------------------------	----------------------	--------------------------------------

FORMULAIRE DE DONNEES PRELEVEMENT DE SANG DE CORDON OMBILICAL – JOUR DE LA NAISSANCE

(à remplir par le gynécologue, la sage-femme ou l'infirmière qui est présente au prélèvement)

SI LA REPONSE A UNE DES QUESTIONS PRECEDENTES EST "NON": NE PAS PRÉLEVER DE SANG DE CORDON OMBILICAL!!!

		OUI	NON
1.	Le formulaire de consentement informé et le questionnaire sont-ils signés et confirmés par la mère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	La mère a-t-elle compris l'information?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	La mère est-elle majeure (>18ans)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Durée de la grossesse de plus que 34 semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pas de rupture des membranes >24 heures avant le prélèvement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Pas de fièvre chez la mère (>38°C) < 24 heures avant l'accouchement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Pas des antibiotiques administrées <48 heures avant la naissance à cause d'une suspicion d'infection? (la prophylaxie pour les streptocoques de Groupe B est acceptée !)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note: Ne pas prélever en cas de: (a) saignement excessif ou (b) transfusion

DONNEES CONCERNANT LA MÈRE

Identification selon la procédure [Patiëntidentificatie](#)

Nom et prénom		Date de naissance	
Méthode de l'accouchement	vaginal - césarienne	Durée de la grossesse	
Anomalies du maman à l'accouchement: OUI – NON Si oui, veuillez donner une description:		>2L de liquide intraveineux administré dans les 24h précédant la prise de sang maternelle: OUI - NON	

DONNEES CONCERNANT L'ENFANT

Nom et prénom		Date de naissance	
Sexe	masculin – féminin	Heure de la naissance	
Anomalies du bébé à la naissance: OUI – NON Si oui, veuillez donner une description:.....			

J'ai rempli le formulaire et le sang de cordon ombilical a été prélevé par la veine ombilicale selon les directives (NS-06LA1-009). J'ai également prélevé les tubes de contrôle auprès de la mère selon les directives (NS-06LA1-009). Le sac de prélèvement a été **étiqueté** selon la procédure (NS-06LA1-009). **Le questionnaire** a été à nouveau parcouru avec la mère. **Je certifie** qu'avant le prélèvement **son identité et celle de l'enfant** donneur ont été confirmées et que son consentement a été obtenu par **un formulaire de consentement éclairé signé**. Lors de mon examen clinique de la mère, je ne remarque **pas d'anomalies suggestives pour des affections contagieuses** (pas de lésions génitales, pas de lésions de piqûres d'aiguille, pas de piercing contaminé, pas de ganglions pas d'anomalies orales, pas d'argument pour la maladie de Kaposi, pas d'icterus ou hépatosplénomégalie, pas d'argument pour une vaccination récente contre la variole).

Date 	NOM/CACHET du médecin qui prélève 	SIGNATURE du médecin
--------------------------	---	--

RESERVE AU BANQUE DE SANG DE CORDON OMBILICAL

- Ce formulaire d'anamnèse suffit pour stocker le sang de cordon ombilical
- Le médecin traitant doit être contacté pour plus d'informations
- Le sang de cordon ombilical doit être éliminé

Date:

Signature:

Prof. Dr. T. Devos