

# BANQUE DE SANG DE CORDON CONSENTEMENT AU DON DE SANG DE CORDON OMBILICAL

**But du don :** le sang contenu dans le cordon ombilical reliant un enfant à sa mère peut être transplanté à des patients atteints de maladies graves du sang ou de certains types de cancers, selon le principe de la greffe de moelle osseuse. En effet, le sang de cordon contient des cellules capables de régénérer du sang.

Je déclare par la présente, mon désir de donner librement et bénévolement le sang de cordon ombilical récolté après la naissance de mon bébé. Ce prélèvement sera stocké pour une période indéterminée et pourra être utilisé pour réaliser une greffe de sang de cordon pour n'importe quel patient. Aucun frais ne me sera réclamé pour la réalisation de ce prélèvement. Je comprends le but du don comme expliqué dans la brochure d'information. J'ai lu et compris l'information sur le don de sang de cordon. Je comprends que le prélèvement s'opère par ponction à l'aiguille au niveau de la veine ombilicale, que l'on ne ponctionnera pas mon enfant et que la récolte de sang de cordon n'aura pas de conséquence sur ma santé ni sur celle de mon enfant. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions nécessaires.

1. Je donne mon accord pour la récolte du sang restant dans le cordon de mon enfant après sa naissance.
2. Je sais que je peux retirer mon consentement à tout moment sans justification et que mon enfant et moi-même continuerons à recevoir les soins appropriés. Cependant, mon consentement n'oblige pas la maternité à collecter le sang de cordon si les circonstances ne s'y prêtent pas.
3. J'accepte que toutes les données concernant le sang de cordon soient communiquées à d'autres registres ou centres de greffe sous un numéro de code, de manière confidentielle et anonyme.
4. J'accepte également qu'une prise de sang soit effectuée chez moi à l'accouchement.
5. J'accepte que des échantillons de mon sang et du sang de cordon (y compris sous forme d'ADN) soient conservés pour tests ultérieurs.
6. J'accepte que l'on réalise sur mon sang ou sur le sang de cordon toutes les analyses requises pour le contrôle de qualité du sang de cordon, y compris une recherche de signe d'infection par les virus HIV et des hépatites.
7. J'accepte que les données de dépistage des anomalies de l'hémoglobine soient récupérées auprès du Laboratoire de Biochimie Génétique du CHU de Liège et intégrées aux données de la banque de sang de cordon.
8. J'accepte que l'on m'interroge sur mes antécédents médicaux personnels, ceux de mon enfant et ceux de ma famille proche : cela est important pour s'assurer qu'aucune maladie ne soit transmise par le sang de cordon au malade auquel il serait greffé. Je m'engage à donner des informations sincères et complètes.
9. J'accepte que ces données médicales soient analysées par un médecin pour validation et sécurisation du don.
10. J'autorise la Banque de Sang de cordon à conserver les données administratives et médicales relatives au sang de cordon, ainsi que le lien existant entre ces données et le sang de cordon.
11. J'accepte d'être recontactée environ six mois après mon accouchement pour une prise de sang de contrôle. A ce moment, les données concernant l'état de santé de mon bébé seront demandées à son pédiatre ou son médecin traitant. **Sans cette deuxième prise de sang et le certificat de santé de mon enfant, le sang de cordon ne pourrait être utilisé avec la même sécurité.**
12. J'accepte que, si le sang de cordon ne convient pas pour la banque, il puisse être utilisé pour de la recherche, des contrôles de qualité ou des tests de validation au lieu d'être simplement éliminé.
13. Je comprends que nous ne pourrions, ni moi ni le père ni mon enfant, réclamer ce sang de cordon.
14. Je déclare ne pas avoir un comportement à risque de contamination par le virus du SIDA (prostituées, toxicomanes, partenaires sexuels multiples ou homosexuels).

Coller ici  
l'étiquette  
code-barres

15. J'accepte que la banque de sang de cordon me recontacte dans l'une des circonstances suivantes:

- Communication d'un test de dépistage positif ou douteux (maladie virale ou anomalie de l'hémoglobine)
- Nécessité de compléter l'information de l'anamnèse avant validation du don
- Prise de sang de contrôle et certificat de santé de l'enfant à environ quatre mois
- Information nécessaire en vue de la réalisation d'une greffe avec le sang de cordon.

16. J'accepte de recontacter la Banque dans le cas où mon enfant développe une maladie ayant un impact potentiel sur l'utilisation du sang de cordon comme greffon.

17. Je comprends que le personnel de la banque de Sang de cordon reste disponible pour discuter confidentiellement de tout problème en relation avec ce qui est exposé ci-dessus.

<b>COORDONNÉES DE LA MAMAN</b>	
Nom - prénom Rue Code postal	Date de naissance : ____/____/____ N°
N° de téléphone privé Nom - prénom du père	Localité N° de téléphone travail
<b>MATERNITE</b>	
Nom de la maternité	Nom du gynécologue
<b>VOTRE MEDECIN TRAITANT</b>	
Nom et prénom Rue Code postal	N° Localité
<b>VOTRE PEDIATRE (OU MEDECIN TRAITANT) DE VOTRE ENFANT</b>	
Nom et prénom Rue Code postal	N° Localité
<b>MEDECIN AUQUEL TRANSMETTRE UN EVENTUEL RESULTAT CONFIDENTIEL ANORMAL ( par exemple un test HIV positif ) vous concernant ou concernant votre enfant</b>	
Nom et prénom Rue Code postal	N° Localité
Fait à : _____ le ____/____/____	Signature : _____
<b>TEMOIN lors du consentement au don de sang de cordon ombilical</b>	
Nom et prénom	Signature : _____
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Infirmière
<input type="checkbox"/> Autre.....	