

FICHE D'ANAMNESE FAMILIALE

(à remplir avec l'aide du gynécologue ou d'une infirmière formée à cet effet)

Cotier ici le
 code-barre

- Cette anamnèse doit idéalement être réalisée à la fin de votre grossesse et en dehors du travail actif
- L'anamnèse peut être réalisée en posant directement certaines questions mais à la demande de la mère, des explications complémentaires doivent lui être données par le gynécologue ou l'infirmière

La mère	Le père	L'enfant (à naître)
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Absence de renseignements sur le père		<input type="checkbox"/>

Réservé aux parents

Merci de lire attentivement ce qui suit:

Nous vous remercions d'avoir accepté cette évaluation dans le cadre du don de sang de cordon. Afin de garantir la qualité et la sécurité du don pour le receveur, nous devons disposer d'un certain nombre d'informations médicales, c'est pourquoi nous vous demandons de répondre à ce questionnaire. Certaines questions vous paraîtront peut-être déplacées ou trop personnelles, mais nous sommes tenus de les poser pour être en accord avec les standards belges et internationaux actuels. Toutes les informations collectées resteront strictement confidentielles et ne seront divulguées à personne, en dehors du personnel médical et infirmier en charge de votre dossier de donneur. Si une contre-indication au don de sang de cordon apparaissait dans votre bilan, la raison n'en sera pas divulguée, sauf bien sûr à votre médecin.

Il est indispensable que vous répondiez de façon honnête à ce questionnaire.

Nous vous encourageons à prendre contact avec le personnel de votre maternité ou avec la Banque de sang de cordon si vous ne comprenez pas certaines questions.

Contact: ☎: 04 366 83 90 ✉: 04 366 83 91

	Non	Oui
J'ai lu et compris la brochure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai compris le but du don de sang de cordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai lu et approuvé le consentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature de la mère	Signature du père	
Date: ___/___/___	Date: ___/___/___	

Origine géographique des parents

Cette information a pour but de gérer au mieux la banque de sang de cordon et ne décide en rien de votre aptitude à faire don de votre sang de cordon.

Région géographique	Mère	Père	Région géographique	Mère	Père
Scandinavie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proche Orient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europe de l'Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyen Orient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europe de l'Ouest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrême Orient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europe du Sud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asie du Sud- Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrique du Nord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amérique du Nord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrique Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amérique Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrique Australe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amérique du Sud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrique de l'Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Océanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrique de l'Ouest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

_ / _ / _

1 A remplir par les parents

Première partie: les parents

1.1 Critères d'exclusion absolus: si réponse positive, ne pas prélever

L'une des situations ci-dessous vous concerne-t-elle?	Mère		Père	
	Non	Oui	Non	Oui
1. Existe-t-il un lien de parenté entre les parents de l'enfant (jusqu'aux cousins germains)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Avez-vous déjà eu un enfant mort-né ou décédé en très bas âge de cause non accidentelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dans les 8 dernières semaines, avez-vous reçu un vaccin pour la variole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Dans les 8 dernières semaines, avez-vous été en contact avec une autre personne qui a été vaccinée pour la variole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Êtes-vous enceinte de jumeaux ou de triplés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Dans les 4 dernières semaines, avez-vous présenté un SARS (syndrome respiratoire aigu sévère) ou avez-vous été en contact avec une autre personne qui présente un SARS ou avez-vous séjourné dans une région où certaines personnes présentaient un SARS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Infection par le WNV : - Dans les 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une infection par le virus West Nile ? - Dans les 4 semaines précédant l'accouchement, avez-vous séjourné, même une seule nuitée dans le nord de la Grèce, Israël, Hongrie, Roumanie ou région de Veneto en Italie du Nord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. N'avez-vous jamais reçu un traitement par hormone de croissance extraite de l'hypophyse humaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Avez-vous séjourné pendant 3 mois ou plus au Royaume-Uni (Angleterre, Ecosse, Irlande, Pays de Galles) entre 1980 et 1996 inclus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. N'avez-vous jamais subi une opération sur le cerveau ou ses enveloppes (craniotomie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Avez-vous déjà subi une greffe de dure-mère (l'enveloppe du cerveau), de cornée ou de chaîne tympano-ossiculaire? Si oui, merci de préciser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. N'avez-vous jamais reçu une transplantation d'organe ou de cellules souches (greffe de moelle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. N'avez-vous jamais reçu une greffe, une transplantation ou une procédure médicale qui implique une exposition à des cellules, des tissus ou organes d'origine animale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. N'avez-vous jamais vécu ou eu des relations sexuelles avec quiconque avait reçu une greffe ou une procédure médicale qui implique une exposition à des cellules, des tissus ou organes d'origine animale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15. Depuis 1980, avez-vous reçu de l'insuline extraite à partir de tissus de vache (insuline bovine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16. N'avez-vous jamais eu un test positif pour le virus HTLV (virus lymphotropique T humain)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17. N'avez-vous jamais eu le Sida ou un test positif pour le virus HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18. Dans les 12 derniers mois, avez-vous donné de l'argent, de la drogue ou une autre forme de paiement à quiconque pour avoir des relations sexuelles avec vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec quiconque a demandé dans les 5 dernières années de l'argent, de la drogue ou une autre forme de paiement en échange de relations sexuelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20. Dans les 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une hépatite virale ou d'une jaunisse, ou avez-vous eu des relations sexuelles ou avez-vous vécu avec une personne qui a souffert de l'une de ces maladies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec quiconque a utilisé dans les 5 dernières années une aiguille pour prendre de la drogue, des hormones ou quoi que ce soit d'autre de non prescrit par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec un homme qui a eu dans les 5 dernières années des relations sexuelles avec un autre homme, même une seule fois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec quiconque est porteur du virus HIV ou du Sida ou a eu un test positif pour le virus HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24. Lors des 12 derniers mois, avez-vous été en détention/prison pour plus de 72 H consécutives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25. Dans les 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une maladie sexuellement transmissible ou avez-vous été soigné pour une telle maladie (Par exemple: syphilis, gonorrhée)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Dans les 5 dernières années, avez-vous reçu de l'argent, de la drogue ou d'autres formes de paiement en échange de relations sexuelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27. Dans les 5 dernières années, avez-vous utilisé une aiguille pour prendre de la drogue, des hormones ou quoi que ce soit d'autre non prescrit par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28. N'avez-vous jamais eu un problème de saignement comme une hémophilie ou d'autres déficits de facteurs de coagulation et reçu des concentrés de facteurs de coagulation d'origine humaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
29. Souffrez-vous d'une infection active par le CytoMegaioVirus (CMV) ou par la Toxoplasmose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30. Depuis 1980, avez-vous reçu une transfusion de sang, plaquettes, plasma, cryoprécipité ou globules blancs au Royaume Uni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31. Avez-vous, vous-même ou un membre de votre famille, souffert de la maladie de Creutzfeld-Jacob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Avez-vous été traité pour un cancer ou une leucémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

MERCI DE POURSUIVRE PAGE SUIVANTE

**1.2 Critères d'exclusion relatifs: procéder au prélèvement même si réponse positive.
 Des informations ou analyses complémentaires sont nécessaires**

L'une des situations ci-dessous vous concerne-t-elle? (+6M =si la réponse à l'une de ces questions est positive, le contrôle sanguin à 6 mois est nécessaire pour validation du prélèvement)	Mère		Père	
	Non	Oui	Non	Oui
33. Dans les 4 dernières semaines, avez-vous pris un antibiotique ou un autre médicament pour une infection ? Si oui, merci de préciser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34. Avez-vous été malade pendant votre grossesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
35. Avez-vous pris des médicaments pendant votre grossesse? Si oui, merci de préciser lesquels: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
36. Avez-vous bénéficié d'une méthode de procréation médicalement assistée? Si oui, merci de préciser laquelle: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
37. Dans les 8 dernières semaines, avez-vous reçu un autre vaccin ou une autre injection que ceux mentionnés en 1.1?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
38. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec quiconque reçoit des concentrés de facteurs de coagulation pour un problème de saignement comme l'hémophilie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
39. Dans les 6 derniers mois, avez-vous changé de partenaire sexuel? +6M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
40. Dans les 12 derniers mois, avez-vous reçu une transfusion de produits sanguins (sang, plasma, plaquettes ou facteurs de coagulation), ou d'immunoglobulines (notamment contre l'hépatite B)? Si oui, merci de préciser laquelle et quand: _____ +6M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
41. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu une piqûre accidentelle par une aiguille ou avez-vous été en contact avec le sang de quelqu'un d'autre sur une blessure, une peau non intacte ou une membrane muqueuse (par exemple : votre oreille, votre bouche)? +6M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
42. Avez-vous été tatoué ou subi un perçage de l'oreille ou d'une autre partie du corps dans les derniers 12 mois? +6M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
43. Dans les 12 derniers mois, avez-vous reçu une greffe d'os ou de peau, ou d'un autre tissu? +6M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
44. Avez-vous été traité par acupuncture ou mésothérapie dans les derniers 12 mois? +6M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
45. Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou un examen endoscopique dans les 12 derniers mois? +6M Si oui, préciser le type d'examen et le moment: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
46. N'avez-vous jamais eu une jaunisse, une maladie du foie, une hépatite virale ou un test positif pour une hépatite virale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
47. N'avez-vous jamais souffert de malaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
48. N'avez-vous jamais présenté une maladie de Chagas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
49. Avez-vous souffert de Leishamiose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
50. Avez-vous souffert de Babésiose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
51. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'autres problèmes de santé non mentionnés ci-dessus? Si oui, merci de préciser quand et lesquels: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
52. Avez-vous voyagé ou séjourné hors d'Europe dans les 5 dernières années? Si oui, merci de préciser quand et où : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
53. Dans les 12 derniers mois, avez-vous séjourné plus de trois mois en zone rurale en Amérique du Nord ou centrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
54. N'avez-vous jamais voyagé en Amérique centrale, en Amérique du Sud ou au Mexique dans de mauvaises conditions d'hygiène ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
55. N'avez-vous jamais séjourné en Afrique? Si oui, merci de préciser quand et où : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
56. Avez-vous eu des relations sexuelles avec quiconque a séjourné en Afrique? Si oui, dans quel pays cette personne a-t-elle séjourné? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

MERCI DE POURSUIVRE PAGE SUIVANTE

Deuxième partie: la famille

**1.3 Critères d'exclusion relatifs: procéder au prélèvement même si réponse positive.
 Des informations ou analyses complémentaires sont nécessaires**

L'une des situations ci-dessous concerne-t-elle un membre de votre famille (vous-même, le père de votre enfant, ses grands-parents, frères et sœurs, oncles et tantes ainsi que ses cousins)?	Côté maternel		Côté paternel	
	Non	Oui	Non	Oui
57. Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Anémie de Fanconi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Thalassémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Hémoglobinurie paroxystique nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Maladie neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Maladie génétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Mucoviscidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Phénylcétonurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Galactosémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Glycogénose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Acidose lactique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Infections sévères et fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Transfusions fréquentes (sang, plasma, facteurs de coagulation, plaquettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Anémie chronique (diminution du taux sanguin d'hémoglobine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Suivi d'un régime particulier (pauvre en protéines, en glucides ou en lipides) Si oui, merci de préciser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Malformation ou déformation physique Si oui, merci de préciser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Retard de croissance (poids, taille, périmètre crânien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Ablation de la rate ou de la vésicule biliaire dans l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Anomalie cardiaque, osseuse, rénale, digestive ou respiratoire Si oui, merci de préciser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Fractures spontanées répétées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Déformations osseuses importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) information(s) importante(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troisième partie: questions spécifiques destinées à la Food and Drugs Administration

Lors de l'expédition d'une unité de sang de cordon vers un centre aux États Unis, celle-ci doit faire l'objet d'une évaluation précise incluant les questions suivantes. Merci d'y répondre même si celles-ci vous semblent étranges.

L'une des situations ci-dessous vous concerne-t-elle?	Côté maternel		Côté paternel	
	Non	Oui	Non	Oui
78. Entre 1980 et 1996, avez-vous été membre de l'armée américaine à quelque titre que ce soit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Entre 1980 et 1996, avez-vous passé une période qui totalise 6 mois ou plus en Belgique, aux Pays-Bas ou en Allemagne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Entre 1980 et 1996, avez-vous passé une période qui totalise 6 mois ou plus en Espagne, au Portugal, en Turquie, en Italie ou en Grèce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Depuis 1980, avez-vous passé une période de temps qui totalise 5 ans ou plus en Europe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE.
 LE PERSONNEL DE LA MATERNITE OU CELUI DE LA BANQUE DE SANG DE CORDON
 REPONDRONT AVEC PLAISIR A VOS QUESTIONS EVENTUELLES.**

Quatrième partie : Cadres à compléter par le personnel de la maternité / LTCG

2 Examen clinique

Les données cliniques ci-dessous sont destinées à estimer le risque de maladie transmissible chez la mère. Merci de cocher tous les items.	Oui	Non
82. Signes cliniques d'un risque d'infection transmise sexuellement (IST) (lésions ulcératives génitales, herpes, syphilis, chancre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Signes physiques d'un usage percutané de substances non médicales (traces de piqûres, incluant l'examen de tatouages pouvant masquer des traces de piqûres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Signes de tatouage(s) récent(s), perçage d'oreille ou d'autres parties du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Adénopathies disséminées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Stomatite (Ex: muguet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Taches bleutées pouvant évoquer un Sarcome de kaposi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Ictère ou hépatomégalie inexplicés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Signes cliniques de sepsis (Ex: rash généralisé inexplicé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Large lésion croûteuse évoquant une vaccination récente contre la variole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Eczema vaccinatum (post vaccination antivariolique, voir http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5501a1.htm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Rash vésiculaire généralisé (Ex: Vaccine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Lésion cutanée nécrotique sévère évoquant la vaccine nécrosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Lésion cornéenne évoquant la kératite vaccinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Infection active par le CytoMegalovirus (CMV) ou par la Toxoplasmose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Infection par la fièvre Q : dans les 5 semaines qui précèdent l'accouchement, est-ce que la mère de l'enfant a visité une ferme aux Pays-Bas <u>ou</u> a dormi au moins une nuitée aux Pays-Bas ? Si oui, préciser le lieu :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Réserve à la personne qui a réalisé l'anamnèse.

	Non	Oui
Avez-vous pris connaissance des informations présentes dans l'anamnèse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les parents ont-ils compris le but du don de sang de cordon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mère a-t-elle compris les informations de la brochure, du consentement au don de sang de cordon et les questions du présent formulaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'après les réponses données aux points 1.2 et 1.3 ci-dessus, avez-vous obtenu des informations complémentaires? Lesquelles?	Mère	Père
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date	___ / ___ / ___	
Nom de la personne ayant réalisé l'anamnèse	Signature	

4 Conclusion du Directeur du Laboratoire

Anamnèse en ordre?		
<input type="checkbox"/> Oui : la poche peut être gardée	<input type="checkbox"/> Non : la poche doit être éliminée	<input type="checkbox"/> Informations complémentaires nécessaires
<input type="checkbox"/> Analyses à 6 mois	<input type="checkbox"/> Certificat à 6 mois	<input type="checkbox"/> Autre (détailler)
Commentaires:		
<input type="checkbox"/> Dr Etienne Baudoux	<input type="checkbox"/> Dr Yves Beguin	
Date	Signature	