



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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AFSS	Afrique subsaharienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiatique	AS	Asie centrale: Russie de l'Est, Kazakhstan, Ouzbékistan, Kirghizstan, Tadjikistan	<input type="checkbox"/>	<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hispanique	HI	Amérique centrale, Amérique du Sud, Caraïbes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mixte	MX		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	OT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconnu	UK		<input type="checkbox"/>	<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"/>



<i>Espace pour étiquette</i>		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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'instruments stériles <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
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:

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: