|  |
| --- |
| *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. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Africain | AFNA | Afrique du Nord | Mère de l’enfant | Père de l’enfant |
|  | AFSS | Afrique subsaharienne | Mère de l’enfant | Père de l’enfant |
| Asiatique | AS | Asie centrale: Russie de l’Est, Kazakhstan, Ouzbékistan, Kirghizstan, Tadjikistan | Mère de l’enfant  Père de l’enfant | |
|  |  | 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 | Père de l’enfant |
| Hispanique | HI | Amérique centrale, Amérique du Sud, Caraïbes | Mère de l’enfant | Père de l’enfant |
| Mixte | MX |  | Mère de l’enfant | Père de l’enfant |
| Autre | OT |  | Mère de l’enfant | Père de l’enfant |
| Inconnu | UK |  | Mère de l’enfant | Père de l’enfant |

|  |
| --- |
| ***C. QUESTIONNAIRE MÉDICAL*** |

|  |
| --- |
| *Espace pour étiquette* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Oui** | **Non** |
| 1. | a) | Vous-même et/ou le père de l’enfant avez-vous été adoptés? |  |  |
|  | 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? |  |  |
|  | c) | Êtes-vous au courant de l’histoire médicale du père de l’enfant ou pourriez-vous obtenir ces informations/données? |  |  |
| 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: | |  |  |
| 3. | a) | Au cours de la grossesse, avez-vous pris des médicaments (p.ex. comprimés, injections, suppositoires)?  Lesquels? |  |  |
|  | b) | Au cours des 3 dernières années avez-vous pris du Neotigason® / du Soriatane® (p.ex. pour psoriasis)? |  |  |
| 4. | a) | Avez-vous reçu une immunothérapie (p.ex. médicaments provenant de plasma, cellules ou sérum d’origine humaine ou animale)?  Si oui, laquelle? |  |  |
|  | b) | Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu une vaccination?  Influenza  Hépatite B  Coqueluche  Rubéole  Rage  Tétanos  Autre  Laquelle?  Quand? |  |  |
| 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 / médications, guéri ou non, etc.) | |  |  |
|  | a) | Hypertension avant ou pendant la grossesse (p.ex. pré-éclampsie, HELLP syndrome):…………………………………………………………………………………… |  |  |
|  | b) | Maladie cardiovasculaire: |  |  |
|  | c) | Maladie respiratoire: |  |  |
|  | d) | Maladie du système digestif: |  |  |
|  | e) | Maladie du système urogénital: |  |  |
|  | f) | Maladie du système neurologique: |  |  |
|  | g) | Maladie du système immunitaire (p.ex. une allergie, maladie inflammatoire chronique, maladie auto-immune): |  |  |
|  | h) | Maladie infectieuse: |  |  |
| *Espace pour étiquette* | | | | |
|  |  |  | **Oui** | **Non** |
|  | i) | Contact avec une personne atteinte d’une maladie infectieuse?  Quelle maladie? Contact quand? |  |  |
|  | j) | Maladie du sang: |  |  |
|  | k) | Cancer: |  |  |
|  | l) | Diabète: Type I  Type II  Diabète gestationnel |  |  |
|  | m) | Maladie thyroïdienne: Thyroïdite Hashimoto  M. Basedow  Autre  Prière de spécifier:  Quel traitement:  De quand à quand?: |  |  |
|  | n) | Autre maladie: |  |  |
| 6. | Au cours des 12 derniers mois avez-vous: | |  |  |
|  | a) | Eu un accident?  Été opérée?  Si oui, prière de spécifier: |  |  |
|  | b) | Reçu une transfusion sanguine?  Si oui, quand? Pour quelle raison?  Dans quel pays? |  |  |
| 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  Père de l’enfant  Autre membre de la famille |  |  |
|  | b) | Avez-vous reçu une greffe de tissu humain?  Prière de spécifier: |  |  |
|  | c) | Avez-vous reçu une greffe de tissu d’origine animal?  Prière de spécifier: |  |  |
|  | d) | Avez-vous été opérée du cerveau ou de la moelle épinière?  Prière de spécifier: |  |  |
| 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)? |  |  |
|  | b) | Pendant la grossesse avez-vous été atteinte d’une infection par le virus Chikungunya, Dengue ou par le virus du Nile occidental? |  |  |
|  | c) | Vous-même ou votre partenaire sexuel avez-vous été atteint d’une infection par le virus Zika au cours des 4 derniers mois? |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Espace pour étiquette* | | | | |
|  |  |  | **Oui** | **Non** |
| 9. | Malaria, risque | |  |  |
|  | a) | Avez-vous déjà eu une ou plusieurs crises de malaria?  Si oui, quand? |  |  |
|  | b) | Au cours des 3 dernières années avez-vous séjourné dans une région endémique de la malaria?  Si oui, où?  Quand? |  |  |
| 10. | Maladie de Chagas, risque | |  |  |
|  | a) | Avez-vous déjà été atteinte de la maladie de Chagas? |  |  |
|  | 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? |  |  |
| 11. | Avez-vous déjà présenté une des maladies suivantes: | |  |  |
|  | tuberculose  borréliose  brucellose  ostéomyélite   fièvre Q  toxoplasmose  babésiose  leishmaniose  Si oui, quand? | |  |  |
|  | Êtes-vous en contact étroit (p.ex. soins, partenaire résidentiel) avec une personne qui souffre d’une tuberculose contagieuse / ouverte? | |  |  |
| 12. | Au cours des 2 derniers mois avez-vous eu | |  |  |
|  | un tatouage  une gastro-, colonoscopie  un traitement par acupuncture  un maquillage permanent  un piercing  un microblading  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  oui  non | |  |  |
| 13. | a) | Avez-vous déjà souffert d’une jaunisse ou d’une hépatite?  Lequel? Hépatite A  B  C  E  Autre  Jaunisse: |  |  |
|  | 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  B  C  E  Autre: |  |  |
| 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? |  |  |
|  | 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)? |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *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  Frères et sœurs de l’enfant |  |  |
|  | h) | Cancer  Laquelle?  Père de l’enfant  Frères et sœurs de l’enfant |  |  |
|  | i) | Autre maladie  Laquelle?  Père de l’enfant  Frères et sœurs de l’enfant |  |  |

|  |
| --- |
| ***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 influer 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: