



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 ☐



Espace pour étiquette

C. QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	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 / médicaments, 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, nomme		
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 Nîle 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 Nîle 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 mentionnées 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 chlamydie, d'herpès génital, de syphilis ou d'une autre infection 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. immuno-thrombocytopénie) 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, thrombocytemie 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: ☐ Valais: ☐ 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: