



Etiquette de la mère

Questionnaire médical pour le don de sang de cordon

Vous avez lu 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 remercions de bien vouloir répondre aux questions ci-après.

A qui s'adressent les questions ?

Les questions sont destinées à la **mère** de l'enfant (nouveau-né). Certaines questions concernent aussi le père, les frères et sœurs ou les proches de l'enfant. Cela sera alors formulé explicitement.

Comment répondre aux questions ?

A chaque question, cochez la réponse qui correspond à votre situation.

Pour certaines questions, nous avons besoin de précisions de votre part. Merci d'inscrire la réponse à l'endroit indiqué sous la question.

**Important : Vous voudrez bien répondre en toute sincérité.
Vous contribuerez ainsi à votre propre sécurité tout comme à celle d'un/e
éventuel/le receveur/receveuse de votre sang de cordon.**

À la section C en fin du questionnaire, il y a de la place pour des commentaires ou des questions supplémentaires.

En cas de question ou de doute, adressez-vous à la sage-femme ou médecin, qui vous apporteront leur aide.

Nous vous serions reconnaissants de ne remplir le questionnaire que dans les **quatre semaines** avant la date fixée pour l'accouchement. L'objectif est d'assurer l'actualité du contenu.

A. Informations sur la mère

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
NPA / lieu	
Tél.	
Adresse mail	



Etiquette de la mère

B. Questions sur l'état de santé

1. Contexte familial et grossesse

- a) 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 ? ☐ Oui ☐ Non
- b) Connaissez-vous les antécédents médicaux du père biologique de l'enfant ? ☐ Oui ☐ Non
- c) Êtes-vous apparentée au père biologique de l'enfant ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel est votre degré de parenté ?

2. État de santé au cours des quatre semaines écoulées

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous été malade ou avez-vous eu de la fièvre supérieure à 38.5°C ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser la maladie ou les symptômes que vous avez eus :

3. Prise de médicaments pendant la grossesse

- a) Au cours de la grossesse, avez-vous pris des médicaments p.ex. comprimés, injections, suppositoires ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci d'indiquer les médicaments pris :

- b) Au cours des trois dernières années avez-vous pris du Neotigason® / Soriatane® ? Ce médicament traite notamment le psoriasis. ☐ Oui ☐ Non

4. Immunothérapies et vaccinations

- a) Avez-vous reçu une immunothérapie ? En font partie par exemple des médicaments provenant de plasma, cellules ou sérum d'origine humaine ou animale. ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel médicament s'agissait-il ?

- b) Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous reçu une vaccination ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

- ☐ Influenza ☐ VRS ☐ Coqueluche
☐ Covid-19 ☐ Tétanos ☐ Rage
☐ Autre vaccination :

Merci d'inscrire la date de la vaccination :

5. Présentez-vous ou avez-vous présenté l'une des maladies ou l'un des symptômes suivants ?

Si oui, merci de nous fournir des précisions sur la maladie, le moment de la survenue et le traitement et d'indiquer



Etiquette de la mère

si vous avez guéri ou non.

- a) Hypertension avant ou pendant la grossesse (p.ex. hypertension artérielle, pré-éclampsie, syndrome HELLP) ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- b) Maladie cardiovasculaire ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- c) Maladie pulmonaire ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- d) Maladie du système digestif ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- e) Maladie des reins, de la vessie, des voies urinaires ou des organes génitaux ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- f) Maladie du système neurologique (p.ex. épilepsie, méningite) ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- g) Maladie du système immunitaire, p. ex. maladie chronique comme la maladie de Crohn ou une maladie auto-immune ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- h) Maladie infectieuse ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- i) Êtes-vous ou avez-vous été en contact avec une personne atteinte d'une maladie contagieuse infectieuse ? ☐ Oui ☐ Non

Quelle maladie avait cette personne ?

Quand avez-vous été en contact avec elle ?

- j) Maladie sanguine ☐ Oui ☐ Non

Précisions :



Etiquette de la mère

5. **Présentez-vous ou avez-vous présenté l'une des maladies ou l'un des symptômes suivants ?**
- continuation -

k) Cancer ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

l) Diabète ☐ Oui ☐ Non

☐ Type I ☐ Type II ☐ Diabète gestationnel
☐ Diabète MODY de type II chez l'adulte apparu à l'enfance ou à l'adolescence

m) Maladie de la thyroïde ☐ Oui ☐ Non

☐ Thyroïdite de Hashimoto ☐ Maladie de Basedow

☐ Autre maladie:

Quel traitement avez-vous suivi ?

Traitement suivi du ... au ... :

n) Autres maladies qui n'ont pas été mentionnées plus haut ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

6. **Accident, opération et transfusion sanguine**

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu : ☐ Oui ☐ Non

☐ un accident ☐ une opération

Si oui, merci de préciser :

b) Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ? ☐ Oui ☐ Non
p. ex. concentré érythrocytaire, concentré thrombocytaire, plasma

Si oui, merci d'indiquer la date de la transfusion :

Pourquoi avez-vous reçu la transfusion ?

Dans quel pays avez-vous reçu la transfusion ?

7. **Maladie de Creutzfeldt-Jakob Krankheit ou risque d'avoir été en contact avec la maladie**

a) Vous-même ou une personne apparentée êtes-vous atteinte par la maladie de Creutzfeldt-Jakob ? Ou y a-t-il une suspicion que votre proche ou vous ayez la maladie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle personne ?

☐ Mère de l'enfant ☐ Père de l'enfant ☐ Autre membre de la famille



Etiquette de la mère

7. Maladie de Creutzfeldt-Jakob Krankheit ou risque de contact - continuation -

- b) Avez-vous reçu une greffe de tissu humain ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser :

- c) Avez-vous reçu une greffe de tissu d'origine animale ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser :

- d) Avez-vous été opérée du cerveau ou de la moelle épinière ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser :

8. Virus tropicaux (Chikungunya, Dengue et Zika) ou risque d'avoir été en contact avec l'un de ces virus

- a) Au cours des six derniers mois, avez-vous séjourné plus de 2 jours (48 heures) à l'étranger ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, où ?

Pays :

Région ou ville :

Depuis quand êtes-vous de retour ?

- b) Avez-vous été malade sur place (p.ex. fièvre) ? Ou des symptômes sont-ils apparus depuis votre retour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

- c) Pendant la grossesse, avez-vous été atteinte d'une infection par le virus Chikungunya, la fièvre Dengue ou le virus du Nil occidental ? ☐ Oui ☐ Non

- d) Vous-même ou votre partenaire sexuel/le avez-vous été atteint(e)s d'une infection par le virus Zika au cours des quatre derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

9. Malaria ou risque d'avoir été en contact avec la maladie

- a) Avez-vous déjà eu une ou plusieurs crises de malaria ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quand ?



Etiquette de la mère

9. Malaria ou risque d'avoir été en contact avec la maladie - continuation -

- b) Au cours des trois dernières années, avez-vous séjourné dans une région endémique de la malaria ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, où ?

Pays :

Région ou ville :

- c) Au cours des quatre derniers mois, avez-vous séjourné dans une région endémique de la malaria ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, où ?

Pays :

Région ou ville :

Depuis quand êtes-vous de retour ?

10. Maladie de Chagas ou risque d'avoir été en contact avec la maladie

- a) Avez-vous déjà été atteinte de la maladie de Chagas ? C'est une maladie infectieuse. ☐ Oui ☐ Non

- b) Êtes-vous née dans un pays extra-européen, y avez-vous grandi ou vécu pendant plus de six mois ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quel pays ?

Quand avez-vous vécu dans ce pays ?

- c) Votre mère biologique (grand-mère de l'enfant) est-elle née dans un pays d'Amérique centrale ou du Sud, y a-t-elle grandi ou vécu pendant plus de six mois ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quel pays ?

Si oui, quand a-t-elle vécu dans ce pays ?

11. Maladies infectieuses ou risques associés

- a) Avez-vous déjà souffert de l'une des maladies suivantes ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Tuberculose ☐ Borréliose ☐ Brucellose ☐ Osteomyélite

☐ Fièvre Q ☐ Toxoplasmose ☐ Babésiose ☐ Leishmaniose

Si oui, quand ?

- b) Êtes-vous en contact étroit avec une personne qui souffre d'une tuberculose active ? ☐ Oui ☐ Non

Par exemple une personne que vous soignez ou qui vit avec vous.



Etiquette de la mère

12. Jaunisse et hépatite

- a) Avez-vous déjà souffert d'une jaunisse à l'exception de l'ictère du nouveau-né ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser à ce sujet :

- b) Avez-vous déjà souffert d'une hépatite ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quelle forme ? Hépatite ☐ A ☐ B ☐ C ☐ E

- c) Un membre de votre entourage, de votre milieu familial ou votre partenaire sexuel/le habituel/le a-t-il/elle présenté une hépatite au cours des 12 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quelle forme ? Hépatite ☐ A ☐ B ☐ C ☐ E

- d) Un membre de votre entourage, de votre milieu familial ou votre partenaire sexuel/le habituel/le a-t-il/elle présenté une jaunisse (hépatite due à une autre cause) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser à ce sujet :

13. Risque de VIH et séjour dans un pays à fort taux d'infection au VIH

- a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous séjourné pendant au moins six mois à l'étranger ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, où ?

Pays :

Quand étiez-vous dans ce pays ?

- b) Pendant ce séjour, vous êtes-vous exposée à un risque d'infection au VIH, p.ex. par rapport sexuel, intervention médicale comme une transfusion sanguine, tatouage ou piercing ? ☐ Oui ☐ Non

14. Procédures et traitements invasifs ou contact avec du sang étranger

- a) Au cours des deux derniers mois, avez-vous eu ☐ Oui ☐ Non

☐ un tatouage ☐ un piercing ☐ un maquillage permanent
☐ un traitement par acupuncture ☐ une gastro-/coloscopie

Si oui, quand ?

Si oui, les instruments utilisés étaient-ils stériles ? ☐ Oui ☐ Non



Etiquette de la mère

14. Procédures et traitements invasifs ou contact avec du sang étranger - continuation -

- b) Au cours des deux derniers mois, avez-vous eu un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, la bouche ou autre) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quand ?

15. Vous êtes-vous exposée à l'une ou plusieurs des situations à risque suivantes ?

- a) Changement de partenaire sexuel/le au cours des quatre derniers mois ☐ Oui ☐ Non
- b) Rapports sexuels contre rémunération (échange d'argent, de drogues ou de médicaments) au cours des 12 derniers mois ☐ Oui ☐ Non
- c) Rapports sexuels avec un partenaire qui, au cours des 12 derniers mois, a eu des rapports sexuels avec des hommes ☐ Oui ☐ Non
- d) Injection de drogues au cours des 12 derniers mois par vous-même ou par autrui ☐ Oui ☐ Non
- e) Test positif pour le virus du VIH, la syphilis ou l'hépatite C ☐ Oui ☐ Non

16. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels

- a) avec une personne qui s'est exposée à l'une des situations à risque mentionnée à la question 15 ? ☐ Oui ☐ Non
- b) avec une personne qui a reçu une transfusion sanguine ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quel pays ?

- c) avec une personne qui s'est exposée à une situation à risque dans laquelle elle aurait pu être contaminée par le VIH ? ☐ Oui ☐ Non
P.ex. par rapport sexuel, tatouage, piercing, traitement médical, dans un pays où le taux de l'infection à VIH est élevé ?

Si oui, dans quel pays ?

17. Maladies sexuellement transmissibles et traitements

- 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 ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous été traitée pour l'une de ces maladies ?

Si oui, de quelle maladie s'agissait-il et quel traitement avez-vous suivi ?

.....



Etiquette de la mère

18. Y a-t-il dans votre famille des antécédents des maladies suivantes ?

*Ne sont concernés ici que le père et les frères et sœurs de votre enfant (pas d'autre degré de parenté).
Si oui, veuillez cocher la personne qui a ou a eu la maladie.*

- a) Maladie des globules rouges ☐ Oui ☐ Non
p.ex. thalassémie, drépanocytose
- Quelle maladie ?
- Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant
-
- b) Anémie aplasique ☐ Oui ☐ Non
- Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant
-
- c) Maladie des plaquettes p.ex. immunothrombocytopenie ☐ Oui ☐ Non
- Quelle maladie ?
- Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant
-
- d) Troubles de la coagulation, génétiques ☐ Oui ☐ Non
p.ex. hémophilie, maladie de von Willebrand, facteur V Leiden
- Quelle maladie ?
- Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant
-
- e) Troubles du métabolisme / maladie de stockage ☐ Oui ☐ Non
p.ex. mucoviscidose, maladie de Tay-Sachs, de Fabry, de Gaucher, de Niemann-Pick
- Quelle maladie ?
- Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant
-
- f) Diabète de type I ☐ Oui ☐ Non
- Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant
- Diabète de type II
- Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant
- Diabète MODY de type II chez l'adulte apparu à l'enfance ou à l'adolescence
- Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant
-
- g) Immunodéficiences / déficiences immunitaires congénitales ☐ Oui ☐ Non
- Quelle maladie ?
- Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant



Etiquette de la mère

18. Y a-t-il dans votre famille des antécédents des maladies suivantes ? - continuation --

- h) Maladie du sang maligne ☐ Oui ☐ Non
p.ex. leucémie, myélome multiple, syndrome myélodysplasique,
thrombocytémie essentielle

Quelle maladie ?

Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant

- i) Cancer ☐ Oui ☐ Non

Quelle maladie ?

Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant

- j) Autres maladies ☐ Oui ☐ Non

Quelle maladie ?

Qui souffre de la maladie ? ☐ Père de l'enfant ☐ Frère ou sœur de l'enfant

C. Souhaitez-vous nous communiquer autre chose ?

D. Confirmation de la mère de l'enfant

**Je confirme que mes données personnelles sont correctes.
Je confirme avoir répondu en toute sincérité au questionnaire.**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date : Signature de la mère de l'enfant :



Etiquette de la mère

Contrôle du questionnaire par le personnel qualifié

E. Contrôle du questionnaire LORS DU RECRUTEMENT

Remarques concernant le paragraphe B « Questions sur l'état de santé » :

Question :

.....

.....

Question :

.....

.....

Question :

.....

.....

Question :

.....

.....

Questionnaire contrôlé lors du recrutement : Date : Signature :

Maternité (cocher la case appropriée) :

☐ Aarau

☐ Basel

☐ Berne

☐ Genève

☐ Tessin

La page 12 doit être remplie par le personnel médical au moment de l'accouchement.



Etiquette de la mère

F. Contrôle du questionnaire LORS DE L'ACCOUCHEMENT

1. Les questions suivantes doivent être à nouveau posées à la future mère pour couvrir la période entre le moment où le questionnaire a été rempli et l'accouchement.

- a) Maladies ou modifications de l'état de santé (**question 2**) ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- b) Changements dans les médicaments et/ou vaccinations (**questions 3, 4b**) ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- c) Nouvelles concernant les séjours à l'étranger (**question 8a**) ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- d) Changement de comportement face aux risques d'infection (**questions 14, 15, 16**) ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

2. Etat de santé de la mère et de l'enfant (critères d'exclusion sub partu)

- a) Syndrome HELLP ☐ Oui ☐ Non

- b) Signes d'infection avec fièvre supérieure 38.5°C
(p.ex. suspicion d'infection du liquide amniotique) ☐ Oui ☐ Non

- c) Malformations ou maladie congénitale, maladie infectieuse ou signes d'infection
chez le nouveau-né ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

- d) Naissance < 34+0 semaines de grossesse ☐ Oui ☐ Non

- e) Grossesse multiple ☐ Oui ☐ Non

G. CONFIRMATION D'APTITUDE AU DON par le médecin

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 document présent et 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 :