



INFORMATION POUR LE DON VOLONTAIRE DE SANG DE CORDON OMBILICAL



Cliniques universitaires Saint-Luc

Banque de Sang de Cordon

* POURQUOI DONNER DU SANG DE CORDON ?

La greffe de moelle est actuellement le traitement de choix pour des patients atteints d'affections sanguines graves telles que la leucémie.

Aujourd'hui, grâce à la constitution d'un registre de donneurs volontaires de moelle, un patient sur deux trouve à temps un donneur compatible. Mais ce n'est certainement pas suffisant... !

Actuellement, il est démontré que le sang de cordon ombilical peut être utilisé pour réaliser de telles greffes. Depuis 1989, des centaines de greffes ont été réalisées avec succès permettant de sauver des patients atteints de maladies graves.

* QUI PEUT DONNER SON SANG DE CORDON ?

Vous attendez un enfant et vous allez bientôt accoucher...

Si vous le souhaitez, nous pouvons récolter le sang de cordon ombilical lors de votre accouchement.

Si vous êtes d'accord d'aider des patients en attente de greffe de moelle, nous vous demandons de bien vouloir compléter le formulaire de consentement qui vous sera proposé avant votre accouchement et ne pas oublier de le remettre à l'infirmière accoucheuse dès votre arrivée à la maternité.

Ce prélèvement de sang de cordon se fera immédiatement après la naissance du bébé, dès que le cordon est coupé, et n'est donc absolument pas préjudiciable au bébé ni à vous même.

Aucun frais n'est à votre charge. Ce sang de cordon sera ensuite congelé et stocké de manière à pouvoir l'utiliser pour un patient.

* QUELLES SONT LES CONDITIONS POUR DONNER LE SANG DE CORDON ?

Six mois après l'accouchement, comme prévu dans le formulaire de consentement, nous vous contacterons par téléphone ou par courrier pour vous demander :

- Le certificat de bonne santé de votre bébé qui doit nous être renvoyé dûment complété par votre médecin ou pédiatre.
- Si nécessaire une prise de sang de contrôle effectuée chez la maman.

Aucune prise de sang ne sera effectuée chez votre bébé.

Même si ce délai est dépassé, il n'est jamais trop tard pour effectuer ces contrôles permettant d'assurer la qualité du sang de cordon ombilical.

Les renseignements vous concernant et concernant votre enfant ne seront jamais communiqués à une autre institution que sous un numéro codé.

Enfin, il est évident que pour ne faire courir aucun risque aux patients, nous vous demandons de ne pas donner du sang de cordon si vous appartenez à un groupe à risque, c'est-à-dire : prostituées, toxicomanes, partenaires homosexuels, résidents en Afrique, Caraïbes ou Thaïlande.

Si vous avez d'autres questions, veuillez contacter les personnes responsables dont les noms figurent ci-dessous.

Nous vous remercions de votre collaboration et de votre générosité.

Professeur B BRICHARD
Hématologie Pédiatrique
02 / 764 23 50

Professeur D LATINNE
Banque de Sang de Cordon
02 / 764 67 88 - 68 99

Feuillet blanc à joindre à la poche de sang de cordon. Feuillet rose à donner à la mère

BANQUE DE SANG DE CORDON

CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE DON DE SANG DE CORDON

But du don : le sang contenu dans le cordon ombilical reliant un enfant à sa mère peut être transplanté à des patients atteints de maladies graves du sang ou de certains types de cancers, selon le principe de la greffe de moelle osseuse. En effet, le sang de cordon contient des cellules capables de régénérer le sang.

Je déclare par la présente, mon désir de donner librement et bénévolement des échantillons de mon sang et le sang de cordon ombilical récolté après la naissance de mon bébé. Ce prélèvement pourra être utilisé pour réaliser une greffe de sang de cordon pour n'importe quel patient. Aucun frais ne me sera réclamé pour la réalisation de ce prélèvement.

Je comprends le but du don comme expliqué dans la brochure d'information. J'ai lu et compris l'information sur le don de sang de cordon. Je comprends que le prélèvement s'opère par ponction à l'aiguille au niveau de la veine ombilicale, que l'on ne ponctionnera pas mon enfant et que la récolte de sang de cordon n'aura pas de conséquence sur ma santé ni sur celle de mon enfant. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions nécessaires.

- Je donne mon accord** pour la récolte, la préparation, la cryopréservation et le stockage du sang restant dans le cordon de mon enfant après sa naissance mais pas de son sang.
- Je sais** que je peux retirer mon consentement à tout moment sans justification et que mon enfant et moi-même continuerons à recevoir les soins appropriés. Cependant, mon consentement n'oblige pas la maternité à collecter le sang de cordon si les circonstances ne s'y prêtent pas.
- J'accepte** que toutes les données concernant le sang de cordon soient communiquées à d'autres registres ou centres de greffe sous un numéro de code, de manière confidentielle et anonyme.
- J'accepte** également qu'une prise de sang soit effectuée chez moi à l'accouchement.
- J'accepte** que des échantillons de mon sang et du sang de cordon (y compris sous forme d'ADN) soient conservés pour des tests ultérieurs.
- J'accepte** que l'on réalise sur mon sang ou sur le sang de cordon toutes les analyses requises pour le contrôle de qualité du sang de cordon, y compris une recherche de signe d'infection par les virus HIV et des hépatites.
- J'accepte** que le dépistage des anomalies de l'hémoglobine soit effectué auprès du Laboratoire de Biochimie des Cliniques universitaires Saint Luc - UCL ou d'un sous-traitant sous-convention et intégré aux données de la banque de sang de cordon.
- J'accepte** que l'on m'interroge sur mes antécédents médicaux personnels, ceux de mon enfant et ceux de ma famille proche : cela est important pour s'assurer qu'aucune maladie ne soit transmise par le sang de cordon au malade auquel il serait greffé. Je m'engage à donner des informations sincères et complètes.
- J'accepte** que ces données médicales soient analysées par un médecin pour validation et sécurisation du don.
- J'autorise** la Banque de Sang de cordon à conserver les données administratives et médicales relatives au sang de cordon, ainsi que le lien existant entre ces données et le sang de cordon.
- J'accepte** d'être contactée environ six mois après mon accouchement pour les données concernant l'état de santé de mon bébé demandées à son pédiatre ou son médecin traitant.
- J'accepte** que si le sang de cordon de mon enfant ne répond pas aux critères d'acceptation de la banque de sang de cordon, il sera écarté et soit dirigé vers la recherche si le consentement recherche est signé, soit éliminé.
- Je comprends** que nous ne pourrions, ni moi ni le père ni mon enfant, réclamer ce sang de cordon.
- Je déclare** ne pas avoir un comportement à risque de contamination par le virus du SIDA (prostituées, toxicomanes, partenaires sexuels multiples ou homosexuels).

15. **J'accepte** de contacter la banque de sang de cordon si mon enfant développe une maladie sévère (maladie maligne, génétique, métabolique,...)

16. **J'accepte** que la banque de sang de cordon me contacte dans l'une des circonstances suivantes:

- Communication d'un test de dépistage positif ou douteux (maladies virales ou anomalie de l'hémoglobine).
- Nécessité de compléter l'information de l'anamnèse avant validation du don.
- Une prise de sang de contrôle.
- Certificat de santé de l'enfant à environ six mois.
- Information nécessaire en vue de la réalisation d'une greffe avec le sang de cordon.

17. **J'accepte** l'écartement du sang de cordon de mon enfant, ainsi que des échantillons qui s'y rapportent, de la banque de Sang de Cordon lorsque la date d'expiration est atteinte.

COORDONNÉES DE LA MAMAN

Nom - prénom _____ travail _____

Date de naissance _____ privé _____

Rue + n° _____

Code postal + localité _____

Nom - prénom du père _____

MATERNITÉ

Nom de la maternité : _____ Nom du gynécologue _____

VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom - prénom _____

Rue + n° _____

Code postal + localité _____

VOTRE PEDIATRE (OU DU MEDECIN TRAITANT) DE VOTRE ENFANT

Nom - prénom _____

Rue + n° _____

Code postal + localité _____

MEDECIN AUQUEL TRANSMETTRE UN EVENTUEL RESULTAT CONFIDENTIEL ANORMAL (par exemple un test HIV positif) vous concernant ou concernant votre enfant

Nom - prénom _____

Rue + n° _____

Code postal + localité _____

Signature

Signature

Témoin

Fait à

Fait à

le / /

le / /

Coller ici
l'étiquette
code-barres

Feuillet blanc à joindre à la poche de sang de cordon. **Feuillet rose** à donner à la mère

BANQUE DE SANG DE CORDON

CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE DON DE SANG DE CORDON

But du don : le sang contenu dans le cordon ombilical reliant un enfant à sa mère peut être transplanté à des patients atteints de maladies graves du sang ou de certains types de cancers, selon le principe de la greffe de moelle osseuse. En effet, le sang de cordon contient des cellules capables de régénérer le sang.

Je déclare par la présente, mon désir de donner librement et bénévolement des échantillons de mon sang et le sang de cordon ombilical récolté après la naissance de mon bébé. Ce prélèvement pourra être utilisé pour réaliser une greffe de sang de cordon pour n'importe quel patient. Aucun frais ne me sera réclamé pour la réalisation de ce prélèvement.

Je comprends le but du don comme expliqué dans la brochure d'information. J'ai lu et compris l'information sur le don de sang de cordon. Je comprends que le prélèvement s'opère par ponction à l'aiguille au niveau de la veine ombilicale, que l'on ne ponctionnera pas mon enfant et que la récolte de sang de cordon n'aura pas de conséquence sur ma santé ni sur celle de mon enfant. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions nécessaires.

- Je donne mon accord** pour la récolte, la préparation, la cryopréservation et le stockage du sang restant dans le cordon de mon enfant après sa naissance mais pas de son sang.
- Je sais** que je peux retirer mon consentement à tout moment sans justification et que mon enfant et moi-même continuerons à recevoir les soins appropriés. Cependant, mon consentement n'oblige pas la maternité à collecter le sang de cordon si les circonstances ne s'y prêtent pas.
- J'accepte** que toutes les données concernant le sang de cordon soient communiquées à d'autres registres ou centres de greffe sous un numéro de code, de manière confidentielle et anonyme.
- J'accepte** également qu'une prise de sang soit effectuée chez moi à l'accouchement.
- J'accepte** que des échantillons de mon sang et du sang de cordon (y compris sous forme d'ADN) soient conservés pour des tests ultérieurs.
- J'accepte** que l'on réalise sur mon sang ou sur le sang de cordon toutes les analyses requises pour le contrôle de qualité du sang de cordon, y compris une recherche de signe d'infection par les virus HIV et des hépatites.
- J'accepte** que le dépistage des anomalies de l'hémoglobine soit effectué auprès du Laboratoire de Biochimie des Cliniques universitaires Saint Luc - UCL ou d'un sous-traitant sous-convention et intégré aux données de la banque de sang de cordon.
- J'accepte** que l'on m'interroge sur mes antécédents médicaux personnels, ceux de mon enfant et ceux de ma famille proche : cela est important pour s'assurer qu'aucune maladie ne soit transmise par le sang de cordon au malade auquel il serait greffé. Je m'engage à donner des informations sincères et complètes.
- J'accepte** que ces données médicales soient analysées par un médecin pour validation et sécurisation du don.
- J'autorise** la Banque de Sang de cordon à conserver les données administratives et médicales relatives au sang de cordon, ainsi que le lien existant entre ces données et le sang de cordon.
- J'accepte** d'être contactée environ six mois après mon accouchement pour les données concernant l'état de santé de mon bébé demandées à son pédiatre ou son médecin traitant.
- J'accepte** que si le sang de cordon de mon enfant ne répond pas aux critères d'acceptation de la banque de sang de cordon, il sera écarté et soit dirigé vers la recherche si le consentement recherche est signé, soit éliminé.
- Je comprends** que nous ne pourrions, ni moi ni le père ni mon enfant, réclamer ce sang de cordon.
- Je déclare** ne pas avoir un comportement à risque de contamination par le virus du SIDA (prostituées, toxicomanes, partenaires sexuels multiples ou homosexuels).

15. **J'accepte** de contacter la banque de sang de cordon si mon enfant développe une maladie sévère (maladie maligne, génétique, métabolique,...)

16. **J'accepte** que la banque de sang de cordon me contacte dans l'une des circonstances suivantes:

- Communication d'un test de dépistage positif ou douteux (maladies virales ou anomalie de l'hémoglobine).
- Nécessité de compléter l'information de l'anamnèse avant validation du don.
- Une prise de sang de contrôle.
- Certificat de santé de l'enfant à environ six mois.
- Information nécessaire en vue de la réalisation d'une greffe avec le sang de cordon.

17. **J'accepte** l'écartement du sang de cordon de mon enfant, ainsi que des échantillons qui s'y rapportent, de la banque de Sang de Cordon lorsque la date d'expiration est atteinte.

COORDONNÉES DE LA MAMAN

Nom - prénom _____ travail _____

Date de naissance _____ privé _____

Rue + n° _____

Code postal + localité _____

Nom - prénom du père _____

MATERNITÉ

Nom de la maternité : _____ Nom du gynécologue _____

VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom - prénom _____

Rue + n° _____

Code postal + localité _____

VOTRE PEDIATRE (OU DU MEDECIN TRAITANT) DE VOTRE ENFANT

Nom - prénom _____

Rue + n° _____

Code postal + localité _____

MEDECIN AUQUEL TRANSMETTRE UN EVENTUEL RESULTAT CONFIDENTIEL ANORMAL (par exemple un test HIV positif) vous concernant ou concernant votre enfant

Nom - prénom _____

Rue + n° _____

Code postal + localité _____

Fait à _____ Signature _____

Signature _____

Témoin

Fait à

le _____ / _____ / _____

le _____ / _____ / _____

Coller ici
l'étiquette
code-barres



CONSENTEMENT POUR L'UTILISATION DU SANG DE
CORDON EN RECHERCHE BIOMEDICALE



Cliniques universitaires Saint-Luc

Banque de Sang de Cordon

DEPARTEMENT DE BIOLOGIE CLINIQUE
SERVICE DE BIOLOGIE HEMATOLOGIQUE
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE – GYNECOLOGIE

Chère Madame,

Nous vous remercions pour la générosité avec laquelle vous faites don du sang de cordon de votre enfant.

Vous n'êtes pas sans savoir que ce sang subira toute une série de tests afin d'être inclus dans la banque de sang de cordon.

Si le prélèvement ne remplissait pas tous les critères de sélection, pouvez-vous nous donner votre accord afin que votre don soit utilisé pour la recherche médicale et le développement de nouveaux procédés thérapeutiques.

Toute notre équipe vous en remercie et reste à votre entière disposition pour vos questions éventuelles.

Dans le cas où le sang de cordon ne remplirait pas tous les critères pour l'inclusion dans la banque de sang de cordon, je donne mon accord à ce qu'il soit utilisé à des fins de recherche médicales. Je renonce à tout droit ou compensation en rapport avec ce don et son application présente ou future.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

Professeur B. Brichard
Hématologie Pédiatrique
02.764.23.50

Professeur D.Latinne
Biologie Hématologique
02.764.67.88

Professeur E.Sokal
Laboratoire de Pédiatrie
02.764.13.87

Banque de Sang de
cordon
02.764.68.99



FICHE D'ANAMNESE FAMILIALE



Cliniques universitaires Saint-Luc

Banque de Sang de Cordon

A remplir par la maman avec l'aide d'un gynécologue ou d'une infirmière si nécessaire.

	<u>La mère</u>	<u>L'enfant</u>	Coller ici l'étiquette code- barres
Nom			
Prénom			
D.N.			

Questions concernant la maman et la famille proche (si réponse positive, ne pas prélever)

À votre connaissance, y a-t-il dans votre famille (vous-même, le père de votre enfant, ses grand-parents, frère et sœurs, oncles et tantes ainsi que ses cousins) quelqu'un qui souffre de:

	Non	Oui
1. Maladie génétique héréditaire du sang (thalassémie, anémie falciforme, anémie de Fanconi...), du système immunitaire ou maladie de surcharge (mucopolysaccharidose...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Maladie de Creutzfeld-Jacob, démence ou autre maladie dégénérative du système nerveux central d'origine virale ou inconnue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions ne concernant que la maman (si une réponse positive, ne pas prélever)

1. Y a-t-il consanguinité entre vous et le père 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"/>
3. Avez-vous déjà reçu une transfusion de produits sanguins (sang, plasma, plaquettes) depuis moins d'un an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous subi une greffe d'organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà reçu un traitement hormonal à base d'extraits d'hypophyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ou à caractère génétique héréditaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous déjà été atteinte d'un cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Souffrez-vous d'une infection transmissible (SIDA, Hépatite B ou C, syphilis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Appartenez-vous à un groupe dit à risque de transmission du SIDA (prostituées, toxicomanes, partenaires homosexuels ou multiples)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous pris pendant votre grossesse un médicament dangereux ou mutagène (cytostatique, immunosuppresseur autre que corticoïde)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous souffert pendant votre grossesse de toxoplasmose ou d'une infection active par le Cytomégalovirus (information à vérifier par votre gynécologue)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions ne concernant que la maman (prélever même si réponse positive, et préciser)

1. Avez-vous changé de partenaire sexuel dans les derniers six mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez vous subi une intervention chirurgicale ou une endoscopie dans les derniers six mois (si oui, préciser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez vous voyagé ou séjourné hors d'Europe dans les derniers six mois (si oui, préciser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Auparavant (si oui, préciser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez vous souffert de malaria (si oui, préciser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques et précisions

J'estime que la mère a compris les informations données et les questions du présent formulaire.

NOM :

Date :

Signature

◆ Cadre réservé au Gestionnaire de MCH ou son suppléant .

Ce certificat autorise la conservation du sang de cordon

Il faut contacter le médecin de l'enfant pour obtenir de plus amples renseignements

Ce certificat décide de l'élimination du sang de cordon

NOM :

Date

Signature



N° :TCHEM-Form-0575-8.0

Date d'application : 2015-09-15

TCHEM-SCO-métier-obt

Banque de Sang de Cordon - Cliniques universitaires Saint Luc
10, av. Hippocrate - 1200 Bruxelles

MATERNITE : (cocher la case appropriée)

<input type="checkbox"/> Cliniques universitaires Saint Luc - Bruxelles	01	<input type="checkbox"/> Cliniques de l'Europe – Site St Michel - Etterbeek	09
<input type="checkbox"/> Cliniques de l'Europe – Site St Elisabeth - Uccle	03	<input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> CHR Namur	05	<input type="checkbox"/> SCO Familial – Maternité Centre de prélèvement :	99
<input type="checkbox"/> Grand Hôpital de Charleroi - Site Notre-Dame	06		

But du
prélèvement :

Banque

Don familial dirigé

Coller ici l'étiquette
code barre

VOLET A : LA FAMILLE

<p>La mère :</p> <p>Nom, Prénom _____</p> <p>Date de naissance _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Code postal _____</p> <p>Localité _____</p> <p>Téléphone _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>Ou</u></p> <p style="text-align: center;">Coller ici une étiquette comportant tous ces renseignements</p>
--	---

<p>Origine ethnique de la mère</p> <p><input type="checkbox"/> Caucasienne (Blanche : Europe, Afrique du Nord, Proche-Orient, Inde, Amérique du Nord)</p> <p><input type="checkbox"/> Africaine (Noire : Afrique noire, Caraïbes, Amérique du Nord ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Asiatique (Extrême-Orient et Sud-Est Asiatique)</p> <p><input type="checkbox"/> Hispanique (Amérique du Sud ou Centrale)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Origine ethnique du père</p> <p><input type="checkbox"/> Caucasienne (Blanche : Europe, Afrique du Nord, Proche-Orient, Inde, Amérique du Nord)</p> <p><input type="checkbox"/> Africaine (Noire : Afrique noire, Caraïbes, Amérique du Nord ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Asiatique (Extrême-Orient et Sud-Est Asiatique)</p> <p><input type="checkbox"/> Hispanique (Amérique du Sud ou Centrale)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
---	--

<p>L'enfant :</p> <p>Nom, Prénom _____</p> <p>Date de naissance _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Code postal _____</p> <p>Localité _____</p> <p>Téléphone _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>Ou</u></p> <p style="text-align: center;">Coller ici une étiquette comportant tous ces renseignements</p>
---	---

SI DON FAMILIAL DIRIGÉ :

« POUR USAGE ALLOGÉNIQUE APPARENTÉ » / « NUR ZUR ALLOGENER VERWENDUNG INNERHALB DER FAMILIE »
/ « UITSLUITEND VOOR ALLOGEEN GEBRUIK TUSSEN VERWANTEN »

<p>Receveur : Nom, Prénom _____</p> <p>Date de naissance _____</p> <p>Numéro administratif _____</p>
--

VOLET B : L'ACCOUCHEMENT ET LE PRELEVEMENT

SI GROSSESSE GÉMELLAIRE :

Prénom du jumeau _____

Prélèvement du SCO du jumeau Non Oui

Remarques _____

AVANT L'ACCOUCHEMENT :

Chez la mère : Perfusion de > 2 litres d'un liquide endéans les 24h avant le prélèvement de sang maternel Non Oui

Si oui, préciser _____

Réévaluation du risque de transmission de maladies infectieuses Non Oui

Remarques _____

DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT :

Date : ___/___/___ Heure : ___ H ___

Terme (semaines)

Début du travail Spontané Provoqué

Ocytocique Non Oui

Césarienne Non Oui avant déclenchement du travail
 Oui après déclenchement du travail

Date et Heure de rupture de la poche des eaux ___/___/___ à ___ H ___

Péridurale Non Oui

Durée du travail (heures) _____

Poids de l'enfant (g) _____

Fièvre >38°C chez la mère Non Oui

Clampage du cordon <15 sec >15 sec

Sexe de l'enfant Masculin Féminin

Poids du placenta (g) _____

Examen clinique de l'enfant normal Oui Non

Si non, préciser

DEROULEMENT DU PRELEVEMENT DE SANG DE CORDON :

La poche est intacte Oui Non, préciser _____

Problème technique Non Oui

Si oui, préciser

Réaction inattendue, chez la mère ou l'enfant, consécutive au prélèvement de sang de cordon Non Oui

Si oui, préciser

Autre(s) problème(s) rencontré(s) : Si oui, préciser

CHECK LIST :*Les éléments suivants sont bien présents dans le colis envoyé au laboratoire :*

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Poche de sang de cordon identifiée (ISBT) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Poche de prélèvement Macopharma (réf : MSC1206DC) | Date exp. :/...../..... | N° lot : |
| 2. Tubes de sang de la mère : 30 cc coagulé (.....tubes) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 20 cc sur EDTA (.....tubes) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Date et heure de prélèvement des tubes : |/...../..... | àh..... |
| Étiqueter et noter le nom et prénom de la mère | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Consentement écrit de la mère : signé et contresigné | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Fiche d'anamnèse familiale : complétée et signée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Rapport de prélèvement : complété et signé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Nom et prénom du gynécologue effectuant l'accouchement :

Date : ____/____/____

Signature

Nom et prénom de la personne effectuant le prélèvement :

Qualification (infirmière, gynécologue, ...) :

Date : ____/____/____

Signature

Coller ci-dessous les étiquettes code barre restantes :

--	--	--	--	--

RESERVE AU LABORATOIRE**SCO NON APPARENTE :**

- Délai de réception \leq 36h et
délai de congélation \leq 48h :
- OUI
 - NON

- Poids de la poche (sans tubulure) :g
- $<115g$: Non conforme : écartement
 - $\geq 115g \rightarrow$ TNC : $\times 10^9$ (sans les échantillons)
 - \rightarrow Non conforme : écartement
 - \rightarrow Congélation classique
 - \rightarrow Congélation volume réduit (Sepax)

SCO APPARENTE :

- Délai de congélation \leq 72h :
- OUI
 - NON

- Poids de la poche (sans tubulure) :g
- Non conforme : écartement
 - Conforme :
 - \rightarrow TNC : $\times 10^9$ (sans les échantillons)
 - \rightarrow Congélation classique
 - \rightarrow Congélation volume réduit (Sepax)

- Vérification du préleveur dans la liste des personnes autorisées à prélever le SCO (Form-1703) :
 \rightarrow Personne autorisée à prélever : OUI / NON

Le Directeur Médical de la banque de sang de cordon ou son suppléant autorise :

- la congélation du SCO: OUI / NON
 - l'écartement du SCO non conforme OUI / NON

Date :/...../.....

Signature :

Cause(s) d'écartement :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consentement : | non conforme / manquante / |
| <input type="checkbox"/> Anamnèse familiale: | non conforme / manquante / |
| <input type="checkbox"/> Rapport de prélèvement : | non conforme / manquant / |
| <input type="checkbox"/> Transport | non conforme / |
| <input type="checkbox"/> Délai de réception (> 24h) : | délai = |
| <input type="checkbox"/> Délai de congélation (> 36h) : | délai = |
| <input type="checkbox"/> Poids insuffisant (< 115g) : | poids de la poche sans tubulure =g |
| <input type="checkbox"/> TNC insuffisant (< 0.8×10^9) : | TNC = $\times 10^9$ |
| <input type="checkbox"/> Poche de prélèvement : | non identifiée / endommagée /manquante |
| <input type="checkbox"/> Tubes de la mère : | non identifiés / manquants / |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Destination après écartement:

- Recherche / Test de validation OUI / NON
 - Poubelle : ID SC..... date :/...../..... par :

**Coller ici une
étiquette code-
barres**