

Canadian Blood Services
Société canadienne du sang**Questionnaire médical pour le
don de sang de cordon ombilical**

Maternal Hospital ID Label

 OTT BRM EDM VAN

Date : aaaa / mm / jj	Entretien téléphonique <input type="checkbox"/>
Formulaire <i>Déclaration de consentement éclairé</i> au dossier <input type="checkbox"/>	

*** Champs obligatoires****RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

*Nom de famille (tel qu'il figure sur une pièce d'identité officielle)			
*Prénom (tel qu'il figure sur une pièce d'identité officielle)			
*Date de naissance	aaaa / mm / jj	*N° de tél.	
Courriel		N° de cell.	

*Adresse (n° municipal et nom de rue)		
*Ville	*Province	*Code postal
Nom du médecin ou de la sage-femme :	N° de téléphone du médecin ou de la sage-femme :	
Nom du médecin de famille :	N° de téléphone du médecin de famille :	
Changement d'information : <input type="checkbox"/> Nom <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> N° de téléphone <input type="checkbox"/> Code postal		

Historique de dons

Avez-vous déjà donné, ou voulu donner, du sang, un composant sanguin, des cellules souches ou du sang de cordon ombilical à la Société canadienne du sang ou à Héma-Québec, sous votre nom actuel ou sous un autre nom? <input type="checkbox"/> Société canadienne du sang <input type="checkbox"/> Héma-Québec	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que la Société canadienne du sang ou Héma-Québec a déjà reporté ou refusé l'un de vos dons de sang, de cellules souches ou de sang de cordon ombilical?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

Veillez indiquer l'origine ethnique correspondant le mieux à celle de la mère, du père et des grands-parents de l'enfant.

	Mère	Grand-mère	Grand-père		Père	Grand-mère	Grand-père
Arabe							
Centre asiatique							
Nord-asiatique							
Asiatique du Nord-est							
Sud-asiatique							
Asiatique du Sud-est							
Noir d'Afrique							
Noir des Caraïbes							
Noir (autre)							
Blanc							
Chinois							
Philippin							
Premières Nations							
Hispanique							
Inuit							
Juif ashkénaze							
Juif sépharade							
Métis							
Insulaire du Pacifique							
Origine multiethnique							
Origine inconnue							

CBU Unique ID



Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

ANTÉCÉDENTS DE GROSSESSE

1.	Avez-vous eu recours à une insémination par donneur, aux ovules d'une tierce personne ou à une mère porteuse?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.	Avez-vous éprouvé quelque complication que ce soit durant la présente grossesse ou toute autre grossesse antérieure?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3.	Avez-vous souffert d'une infection bactérienne, fongique ou virale durant la présente grossesse?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4.	Au cours de votre grossesse, avez-vous reçu un diagnostic de virus du Nil occidental ou obtenu un résultat positif au test de dépistage de ce virus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5.	Avez-vous obtenu un résultat anormal à un test prénatal (amniocentèse, analyse sanguine, échographie)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
6.	Souffrez-vous du diabète de type 1?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7.	Avant le 1 ^{er} janvier 2007, avez-vous reçu de l'insuline quotidiennement pendant au moins 6 mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8.	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous pris des médicaments autres que des vitamines et des suppléments de fer?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9.	Souffrez-vous d'allergies pouvant mettre votre vie en danger?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE LA MÈRE

10.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un problème médical ou passé des examens cliniques?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu une transfusion de produits sanguins, y compris des médicaments pour une incompatibilité rhésus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
12.	Avez-vous déjà reçu des hormones de croissance humaines de source hypophysaire?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
13.	Avez-vous reçu un vaccin antirabique (contre la rage) dans les 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
14.	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été mordue par un animal et traitée comme si celui-ci avait la rage?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
15.	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous reçu des injections ou des vaccins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



Canadian Blood Services
Société canadienne du sang

Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

16.	Avez-vous déjà souffert d'un cancer, de quelque type que ce soit, y compris la leucémie ou un lymphome?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
17.	Avez-vous déjà reçu des concentrés de facteurs de coagulation pour traiter un problème de coagulation, comme l'hémophilie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
18.	Avez-vous déjà eu une jaunisse, une maladie du foie ou une hépatite virale?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
19.	Avez-vous déjà subi une greffe de dure-mère (enveloppe du cerveau)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
20.	Est-ce que vous ou l'un de vos parents biologiques (mère, père, sœur, frère, grands-parents) avez déjà reçu un diagnostic de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ), de la variante de la MCJ (vMCJ) ou de toute autre maladie neurologique de cause inconnue?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
21.	Avez-vous déjà subi une transplantation ou une greffe de tissus prélevés sur d'autres personnes (organe, moelle osseuse, cellules souches, cornée, os ou autres tissus)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
22.	Avez-vous déjà subi une transplantation ou toute autre intervention comportant une exposition à des cellules vivantes, des tissus ou des organes d'animaux?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
23.	Avez-vous déjà habité ou eu des rapports sexuels avec une personne ayant subi une transplantation ou toute autre intervention comportant une exposition à des cellules vivantes, des tissus ou des organes d'animaux?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
24.	Avez-vous déjà souffert d'une maladie parasitaire (p. ex., la leishmaniose, la babésiose ou la maladie de Chagas) ou obtenu un résultat positif au test de dépistage de la maladie de Chagas (infection par le parasite <i>Trypanosoma cruzi</i>)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
25.	Avez-vous déjà contracté le paludisme (la malaria)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
26.	Au cours des 3 dernières années, avez-vous voyagé dans d'autres pays que le Canada et les États-Unis?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



Canadian Blood Services
Société canadienne du sang

Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

ANTÉCÉDENTS DE VOYAGE DE LA MÈRE

Tableau de référence pour les questions 27 à 31 : pays où il existe un risque de contracter la vMCJ

Albanie	Danemark	Liechtenstein	Roumanie
Allemagne	Espagne	Luxembourg	Saint-Marin
Arabie saoudite	Finlande	Macédoine	Slovaquie
Autriche	France	Norvège	Slovénie
Belgique	Grèce	Pays-Bas (Hollande)	Suède
Bosnie-Herzégovine	Hongrie	Pologne	Suisse
Bulgarie	Irlande (République d')	Portugal	Turquie
Croatie	Italie	République tchèque	Yougoslavie (République fédérale de) : Kosovo, Monténégro, Serbie

Royaume-Uni : Angleterre, Irlande du Nord, Écosse, Pays de Galles, île de Man, îles anglo-normandes (îles de la Manche), Gibraltar, îles malouines (îles Falkland)

27.	Depuis 1980 , avez-vous habité ou voyagé dans un pays où il existe un risque de contracter la vMCJ (variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob)? Si NON, veuillez passer à la question 32.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
28.	Entre 1980 et 1996 , avez-vous séjourné au Royaume-Uni ou en France pendant une période totalisant 3 mois ou plus ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
29.	Entre le 1 ^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 1996, avez-vous séjourné en Arabie saoudite pendant une période totalisant 6 mois ou plus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
30.	Depuis 1980 , avez-vous reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins durant un séjour au Royaume-Uni, en France ou dans une autre région d'Europe?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
31.	Depuis 1980 , avez-vous séjourné dans un pays où il existe un risque de contracter la vMCJ (variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob) pendant une période totalisant 5 ans ou plus (en tenant compte des séjours au Royaume-Uni entre 1980 et 1996)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
32.	À quelque moment que ce soit pendant votre grossesse, avez-vous reçu un diagnostic d'infection par le virus Zika?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
33.	À quelque moment que ce soit pendant votre grossesse, avez-vous séjourné ou voyagé dans une région où la transmission du virus Zika est active?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
34.	À quelque moment que ce soit pendant votre grossesse, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme dont vous savez qu'il présente l'un des facteurs de risque suivants : i. au cours des 6 derniers mois, diagnostic médical d'infection par le virus Zika; ii. au cours des 6 derniers mois, séjour ou voyage dans une région où la transmission du virus Zika est active.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX

35.	Avez-vous un lien de parenté avec le père de votre enfant (p. ex., cousins germains)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
36.	Est-ce que vous ou le père de votre enfant avez été adoptés à la naissance ou en bas âge? Si oui : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Les deux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il des antécédents connus des maladies ou des troubles suivants dans votre famille?			
37.	Maladie affectant les globules rouges <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Sœur ou frère de l'enfant <input type="checkbox"/> Tante ou oncle de l'enfant <input type="checkbox"/> Grand-parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
38.	Maladie affectant les globules blancs <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Sœur ou frère de l'enfant <input type="checkbox"/> Tante ou oncle de l'enfant <input type="checkbox"/> Grand-parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
39.	Maladie affectant les plaquettes <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Sœur ou frère de l'enfant <input type="checkbox"/> Tante ou oncle de l'enfant <input type="checkbox"/> Grand-parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
40.	Maladie métabolique ou thésaurismose <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Sœur ou frère de l'enfant <input type="checkbox"/> Tante ou oncle de l'enfant <input type="checkbox"/> Grand-parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
41.	Trouble congénital du système immunitaire (immunodéficience) <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Sœur ou frère de l'enfant <input type="checkbox"/> Tante ou oncle de l'enfant <input type="checkbox"/> Grand-parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
42.	Trouble acquis du système immunitaire <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Sœur ou frère de l'enfant <input type="checkbox"/> Tante ou oncle de l'enfant <input type="checkbox"/> Grand-parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
43.	Trouble malin du sang <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Sœur ou frère de l'enfant <input type="checkbox"/> Tante ou oncle de l'enfant <input type="checkbox"/> Grand-parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
44.	Autre forme de cancer <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Sœur ou frère de l'enfant <input type="checkbox"/> Tante ou oncle de l'enfant <input type="checkbox"/> Grand-parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
45.	Autre maladie ou trouble du sang <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <input type="checkbox"/> Père de l'enfant <input type="checkbox"/> Sœur ou frère de l'enfant <input type="checkbox"/> Tante ou oncle de l'enfant <input type="checkbox"/> Grand-parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



Canadian Blood Services
Société canadienne du sang

Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

ANTÉCÉDENTS SOCIAUX DE LA MÈRE

46.	Au cours des 12 dernières semaines, avez-vous été en contact avec une personne qui avait reçu un vaccin contre la variole?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
47.	Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous soumise à une procédure quelconque nécessitant une aiguille : tatouage, perçage corporel (<i>piercing</i> , y compris le perçage des oreilles), acupuncture, électrolyse, etc.?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
48.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été blessée par une aiguille ou en contact avec le sang d'une autre personne par une plaie ouverte, une peau non intacte ou une muqueuse?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
49.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous contracté une infection transmissible sexuellement quelle qu'elle soit (y compris la syphilis ou la gonorrhée) ou été traitée pour l'une d'elles?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
50.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec une personne ayant donné ou accepté de l'argent ou de la drogue en échange de rapports sexuels dans les 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
51.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des contacts étroits (p. ex., habiter au même endroit ou partager cuisine et salle de bains) avec une personne atteinte d'une jaunisse ou d'une hépatite virale cliniquement active?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
52.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels, ne serait-ce qu'une seule fois, avec une personne ayant déjà utilisé une aiguille pour s'administrer de la drogue, des stéroïdes ou toute autre substance non prescrite par un médecin dans les 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
53.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de la cocaïne?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
54.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec un homme qui a déjà eu des rapports sexuels avec un autre homme, ne serait-ce qu'une seule fois, dans les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
55.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels, ne serait-ce qu'une seule fois, avec une personne ayant déjà reçu des concentrés de facteurs de coagulation d'origine humaine pour traiter un trouble de la coagulation, comme l'hémophilie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
56.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels, ne serait-ce qu'une seule fois, avec quelqu'un qui a déjà reçu un diagnostic d'hépatite B ou C, qui a contracté ou est soupçonné d'avoir contracté le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), d'avoir obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH ou d'être atteint d'une hépatite B ou C cliniquement active?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

57.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous séjourné dans un centre correctionnel pour jeunes, une prison ou tout autre établissement de détention pendant plus de 72 heures consécutives ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
58.	Au cours des 5 dernières années , avez-vous donné ou accepté de l'argent ou de la drogue en échange de rapports sexuels?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
59.	Au cours des 5 dernières années , avez-vous utilisé une aiguille, ne serait-ce qu'une seule fois, pour vous administrer de la drogue, des stéroïdes ou toute autre substance qui ne vous avait pas été prescrite par un médecin?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
60.	Êtes-vous atteinte du sida ou avez-vous déjà obtenu un résultat positif à un test de dépistage du VIH ou du sida?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
61.	Avez-vous déjà obtenu un résultat positif à un test de dépistage du virus T-lymphotrope humain (HTLV) ou présenté une paraparésie inexpliquée (paralysie partielle des membres inférieurs)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Formulaire rempli par :

Signature de l'infirmière autorisée :	
Date :	YYYY / MM / DD



Canadian Blood Services
Société canadienne du sang

Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

Section 1: Reviewer Comments, if applicable (initial and date each entry). Document question # if applicable.



Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

Section 2: Risk Factors, if applicable (initial and date each entry) Document question # (if applicable) and reason.

--

Section 3: Medical Consult Required (if applicable)

Consult Medical <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding, Consult Medical <input type="checkbox"/>	
Date YYYY / MM / DD	RN Initials:	
Review of Medical Decision <i>(Supporting documentation attached)</i>		
Eligible <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding, <input type="checkbox"/>	Defer <input type="checkbox"/>
Date YYYY / MM / DD	RN Initials:	

CBU Unique ID



Questionnaire médical pour le don de sang de cordon ombilical

Maternal Hospital ID Label

Section 4: Deferral Notification, if applicable		
Notification Attempt #1	Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:
Notification Attempt #2 (if applicable)	Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:
Note (if applicable)		
Unable to contact mother for notification <input type="checkbox"/> If applicable	Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:

Section 5: Final Eligibility	
Eligible <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding <input type="checkbox"/>
Defer <input type="checkbox"/> (if applicable) <i>Select all deferral reasons that apply.</i> <input type="checkbox"/> Language Barrier <input type="checkbox"/> Declined CB-MHHAQ and/or BW <input type="checkbox"/> Maternal Medical/Genetic History <input type="checkbox"/> Mother's Travel History <input type="checkbox"/> Family Medical/Genetic History <input type="checkbox"/> Unable to obtain maternal samples <input type="checkbox"/> Mother's Social History	
Notification from MF of Non Qualifying Unit <input type="checkbox"/> (If applicable)	Mother Notified of Deferral <input type="checkbox"/> or Non Qualifying Unit, if applicable
Chart Review Form Attached, if applicable <input type="checkbox"/>	
Date: YYYY / MM / DD	RN Signature:
2 nd RN Reviewer/Initials _____	Date: YYYY / MM / DD
QER# (if applicable):	

CBU Unique ID
