



# La banque de sang placentaire de Poitiers (CHU Poitiers – EFS CA)

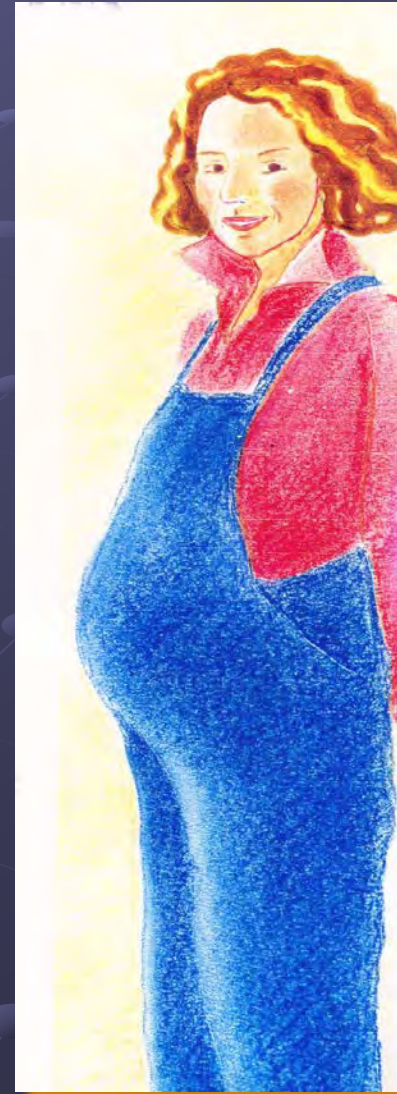
14èmes Rencontres Tourangelles  
Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire  
Vendredi 16 décembre 2011

Projet Pôle femme mère enfant, Pôle de biologie, Pôle de Cancérologie, EFS CA, site de Poitiers

# Les Banques de sang Placentaire

## Un enjeu de santé publique

- Plan greffe 2004 – 2014
  - Agence de la Biomédecine (ABM)
  - Réseau Français de sang placentaire (RFSP)
  - Registre France Greffe de Moelle (RFGM)
- Poitiers
  - 16/05/2004 : 20<sup>e</sup> anniversaire 1<sup>ère</sup> allogreffe
  - 22/11/2004 : ouverture nouveau laboratoire de thérapie cellulaire



# Intérêt du sang placentaire

Don sans danger

Immaturité immunologique

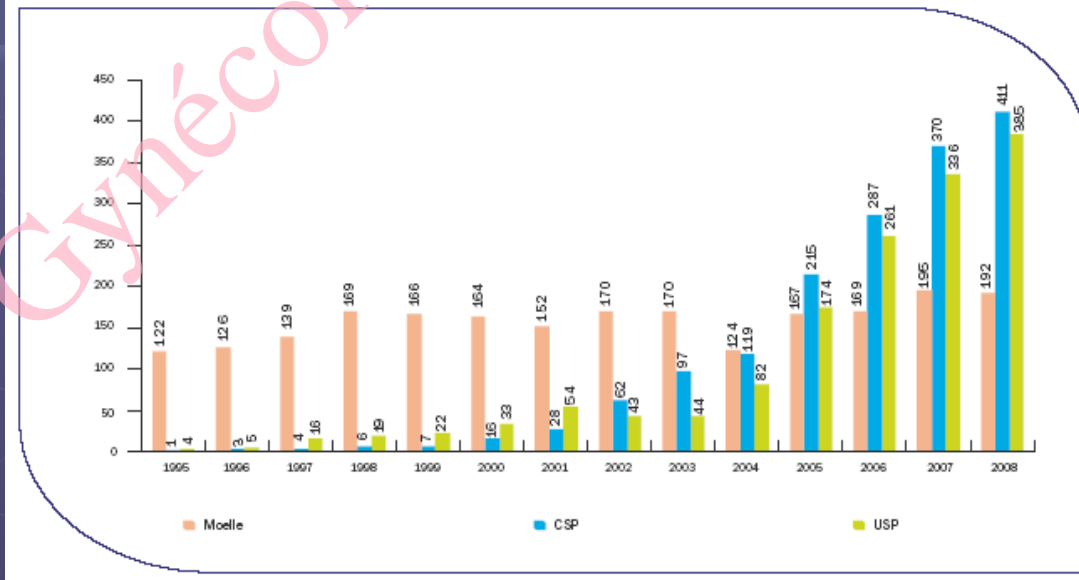
Disponibilité immédiate

1988 : Paris Saint Louis

1996 : Poitiers

2002 : recommandations

Figure CSH 3. Répartition des prélèvements, cessions par année et par source de CSH de 1995 à 2008 pour les patients nationaux



Donneurs familiaux : 1 chance sur 4, donneur fumeurs : 1 chance sur 1 million

# Equivalence sang placentaire vs Moelle osseuse

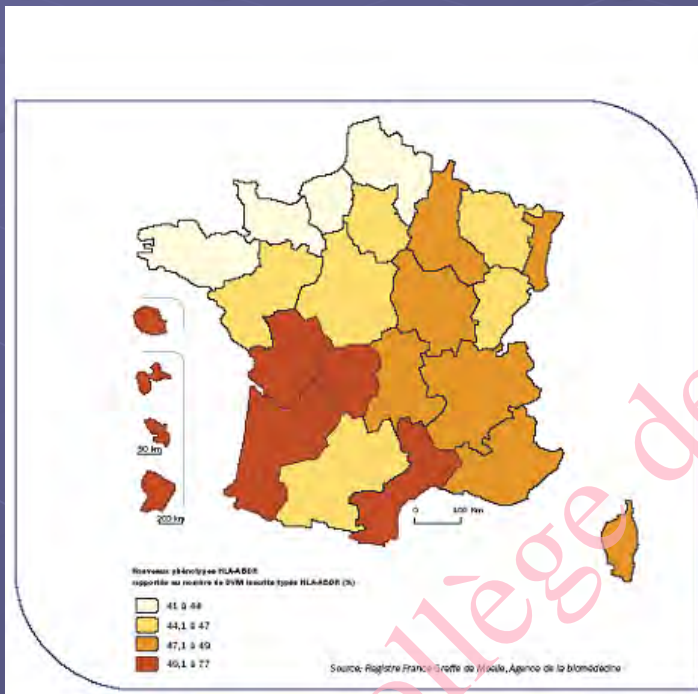
100 ml de sang placentaire  
 $2 \times 10^7 / \text{kg}$

1000 ml de moelle  
 $2 \times 10^8 / \text{kg}$

Collège de Gynécologie CVL

# Caractéristiques génétiques régionales

## Diversités HLA dans la région Poitou Charentes



Maternité CHU : 1 naissance sur 6 apporte de nouveaux haplotypes HLA

Collaboration indispensable maternités publiques et privées niveau 1, 2 et 3.

Maillage de maternités

# Qui, Quand et Où donner ?

- ❑ Toutes les femmes en âge de procréer
  - ✓ Ayant une grossesse au déroulement physiologique et sans pathologie majeure avant la grossesse
- ❑ Au moment de l'accouchement en attendant la délivrance.
  - ✓ Un consentement doit être signé avant le prélèvement et réitéré oralement le jour de l'accouchement.
- ❑ Dans un établissement MCO public ou privé ayant une autorisation de prélèvement de cellules souches issues de sang placentaire.

# Comment devenir centre préleveur ?

## □ Il faut :

- ✓ Rédiger un dossier d'autorisation de prélèvement de cellules souches issues du sang de cordon.
- ✓ Le déposer à l'ARS de la région de l'établissement.
- ✓ Signer une convention avec une Banque de Sang Placentaire.

# Quelles sont les conditions pour pouvoir prélever ?

## □ Diplôme requis :

- ✓ Etre Médecin ou Sage femme DE

## □ Expérience requise :

- ✓ Effectuer 5 prélèvements encadrés par une sage femme habilitée. (délivrance d'une certification d'autorisation de prélèvement) (arrêté du 16 décembre 1998)
- ✓ Effectuer 1 prélèvement encadrés si délai depuis le dernier prélèvement est supérieur à 6 mois.



# Les grandes Etapes

Information



Consentement



Prélèvement



Attente de validation à J42



Mise en banque pour usage thérapeutique

Collège de Gynécologie CML

# L'info et le consentement

## Le don de sang de cordon (ou sang placentaire)



### Qu'est-ce que le sang de cordon ou sang placentaire ?

Le sang de cordon est le sang qui reste dans le placenta et le cordon ombilical après la naissance de votre enfant. Pendant votre grossesse, ce sang est vital pour votre bébé mais après la naissance de votre bébé, ce sang n'a plus d'utilité pour vous et votre enfant et il est habituellement déduit.

### Un don qui peut sauver une vie

La greffe de moelle osseuse permet aujourd'hui de sauver la vie à des personnes atteintes de maladies graves du sang ou de cancer. Dans de nombreux cas, le sang de cordon représente une alternative à l'utilisation de cellules issues de la moelle osseuse. Pour offrir la possibilité d'une greffe au nombre croissant de ces patients, il est important de constituer des banques de sang de cordon.

Ce sang de cordon permet de traiter ces patients car il contient des cellules semblables à celles contenues dans la moelle osseuse et capable de reconstituer le système sanguin et le système immunitaire du patient concerné.

Une fois prélevé, le sang de cordon peut être congelé, stocké et mis à la disposition, via un réseau international, des malades nécessitant une greffe. Nous vous offrons la possibilité de faire don de ce sang de cordon, dans le cadre du Réseau Français de Sang Placentaire, car il peut donner une chance réelle de traitement à des patients qui ont besoin d'une greffe.

### Le prélèvement ne présente aucun risque ni pour l'enfant, ni pour vous-même

Le prélèvement de sang de cordon a lieu dans les minutes qui suivent l'accouchement lorsque le cordon ombilical vient d'être coupé et que le placenta est encore dans l'utérus. Le prélèvement est totalement indolore et ne présente pas de risque ni pour votre bébé ni pour vous puisque ni la moelle pas les gestes médicaux de l'accouchement. Il n'a pas lieu si les sages-femmes doivent porter leur attention sur des gestes médicaux prioritaires après l'accouchement.

### Ce don est libre, volontaire, anonyme et gratuit.

Ce don ne sera possible qu'avec votre consentement signé et un entretien avec un médecin ou une sage-femme qui vous posera des questions vous concernant ainsi que vos proches. La franchise de vos réponses sera déterminante pour garantir la sécurité du malade qui va recevoir le sang de cordon prélevé lors de votre accouchement.

Soyez assurée que si vous choisissez de ne pas participer au don de sang de cordon, cela ne portera en rien préjudice aux soins qui vous seront prodigués à vous et votre bébé. Le don de sang de cordon est anonyme. Ainsi si ne vous sera pas possible de savoir à qui il a été greffé pas plus que la personne qui aura reçu la greffe ne pourra connaître votre identité.

### Traitement des données vous concernant

En application des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que les résultats des analyses de biologie pratiquées ainsi que certaines informations recueillies à l'occasion de l'entretien prénatal et post-natal vous concernant ainsi que votre famille proche et votre enfant feront l'objet d'un enregistrement informatique par la banque de sang placentaire qui va gérer votre don, dont les coordonnées figurent en dernière page de ce document, afin d'assurer la gestion et la traçabilité des dons de sang de cordon.

Les données relatives aux caractéristiques du greffon comprenant les résultats d'analyses biologiques seront transmises sous forme anonyme :

- en vue de l'inscription du greffon sur le registre national géré par l'Agence de la biomédecine,
- ou en vue de son utilisation à des fins de recherche scientifique dans le cadre légal national ou pour améliorer et valider les procédés et les contrôles qualité.

Toutes les mesures nécessaires sont prises pour assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées afin d'empêcher la divulgation non autorisée des données traitées.

Vous disposez d'un droit d'accès et, en cas d'inexactitude, de rectification et de suppression de ces données que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la banque de sang placentaire.

Si, après avoir lu attentivement cette information, vous acceptez de donner votre sang de cordon, nous vous remercions de bien vouloir remettre votre consentement rempli et signé au gynécologue ou à la sage-femme lors de votre prochaine consultation.

### Le suivi du don après l'accouchement

Le sang de cordon est transporté à la banque de sang placentaire associée à l'établissement dans lequel vous avez accouché. S'il répond aux caractéristiques fixées par le Réseau Français de Sang Placentaire (volume et nombre de cellules suffisants), des analyses seront effectuées sur des échantillons de sang prélevés sur vous au moment de l'accouchement (HIV, hépatites B et C, Syphilis, HTLV, CMV, EBV, toxoplasmosis) et sur le sang de cordon (électrophorèse de l'hémoglobine, sérologies : HIV, hépatites B et C, Syphilis, HTLV), soit immédiatement, soit lors de la cession du prélèvement. Si ces analyses ne révèlent aucune anomalie, le sang de cordon sera conservé sous forme congelée dans l'azote ainsi que des échantillons de votre sang et du sang de cordon permettant des analyses ultérieures. Vous serez sollicitée dans les 2 mois qui suivent l'accouchement pour fournir les informations médicales relatives à votre état de santé et celui de votre enfant. Ces informations sont nécessaires pour confirmer que l'unité de sang placentaire est utilisable à des fins de greffe.

Une mention particulière sera alors apposée sur le carnet de santé de votre enfant mentionnant que son sang de cordon a été prélevé en vue de greffe allogénique, c'est à dire pour autrui. Cette information permettra à votre médecin de prévenir l'Agence de la biomédecine en cas de nécessité. Cette information est importante pour le devenir et l'usage de ce don de sang de cordon pour le traitement d'un malade. En cas de besoin pour une greffe familiale allogénique, ce don le prélevement n'a pas été osé, la traçabilité permettra de le retrouver.

Après validation, le greffon (ainsi que ses caractéristiques) sera inscrit sous un numéro sur le registre national centralisant les demandes de greffe. Il sera choisi selon son degré de compatibilité tissulaire avec le receveur et sa richesse cellulaire.

La banque de sang placentaire ou la maternité dans laquelle vous avez accouché est susceptible de vous contacter à tout moment pour un complément d'information ou si une anomalie est détectée lors des analyses effectuées. Vous serez tenue informée par courrier du devenir du don de sang de cordon ainsi que vous le souhaitez.

### Cas particulier :

Si une personne de votre famille est atteinte d'une maladie nécessitant une greffe, le médecin responsable de la prise en charge de cette personne pourra demander le recueil et la conservation du sang de cordon qui sera alors réservé pour un usage familial strict.

### Si votre don ne peut finalement pas constituer un greffon

Si votre don ne répond pas aux critères fixés par le Réseau Français de Sang Placentaire, le sang de cordon pourra être détruit selon les procédures validées et en place (dans ce cas, les analyses de dépistage des maladies transmissibles ne seront pas réalisées). Alternativement, il pourra être utilisé à des fins de recherche scientifique dans le cadre légal national ou être utilisé pour améliorer et valider les procédés et les contrôles qualité effectués sur ces produits (dans ce cas, des analyses de dépistage des maladies transmissibles seront réalisées).

### Un don au service d'autrui

La conservation du sang de cordon n'est autorisée en France que pour un usage allogénique (le donneur et le receveur sont des personnes différentes) dans des banques publiques agréées qui constituent le Réseau Français de Sang Placentaire. Ces banques publiques recueillent les greffons de sang de cordon à partir d'un réseau de maternités autorisées par le Ministère de la Santé. Ce réseau permet de garantir la qualité des procédures et l'égal accès aux soins pour l'ensemble de la population. La responsabilité et l'objectif de ces banques sont de mettre ces unités de sang de cordon à disposition de tout patient, quelque soit son pays d'origine, et à tout instant.

### La conservation du sang de cordon pour son enfant n'a aucun fondement scientifique\*

Des sociétés privées tiennent à jour, à l'instar de possibles utilisations du sang de cordon dans le futur pour soigner son enfant. Conserver le sang de cordon de son enfant dans une banque pour le soigner avec ses propres cellules au cas où il serait malade plus tard ne repose actuellement sur aucun fondement scientifique. De plus, certaines de ces sociétés demandent aux parents de transporter ou d'envoyer par colis le sang de cordon prélevé, cette pratique est illégale et punie par la loi.

A ce jour, aucune banque commerciale n'a été autorisée en France par les autorités de santé.

Nous sommes à votre disposition pour vous fournir les informations supplémentaires que vous jugeriez nécessaires.



\* Pour plus d'informations : <http://www.agence-biomedecine.fr>

## Consentement pour le prélèvement, l'analyse et l'utilisation d'un don de sang de cordon



### Partie 1 : prélèvement du sang de cordon

- Je consens volontairement et gratuitement à ce don à l'occasion de cette grossesse et confie ce don au Réseau Français de Sang Placentaire dans le but d'être mis à la disposition des malades pour un bénéfice médical.
- J'ai lu et compris toutes les notions relatives au don de sang de cordon et à son utilisation contenues dans la notice d'information qui m'a été remise ; un médecin ou une sage-femme a répondu à toutes mes questions.
- Mon consentement n'oblige pas la maternité à collecter le sang de cordon si elle juge que les circonstances ne y prêtent pas.
- Enfin, je conserve la possibilité de revenir sur ce consentement jusqu'à la naissance de mon enfant, sans avoir à donner de justifications et sans préjudice quel qu'il soit.

### Partie 2 : entretien médical et analyses biologiques effectués

- J'accepte de répondre aux questions qui me seront posées dans le cadre d'un entretien médical prénatal et post-natal sur mes antécédents médicaux et ceux de mes proches.
- J'accepte qu'une mention spéciale mentionnant le don soit portée sur le carnet de santé de mon enfant, après analyse de son dossier médical.
- J'accepte que les analyses exigées par la réglementation, ou recommandées, y compris la détermination de mon groupe tissulaire, soient réalisées et que l'on prélève pour cela mon sang à l'accouchement. En cas d'anomalie, ou à ma demande, je serai informée du résultat de ces analyses. J'accepte que ces mêmes analyses soient réalisées sur le sang de cordon prélevé, ainsi que la détermination du groupe tissulaire, indispensable à l'évaluation de la compatibilité entre le sang de cordon et le patient nécessitant une greffe.
- J'accepte que des échantillons de mon sang et du sang de cordon soient conservés à long terme dans l'éventuelle d'analyses complémentaires, selon la réglementation en vigueur à ce jour.
- J'ai bien compris que, ce don étant et devant rester anonyme, il ne me sera pas possible de savoir à qui il a été greffé. Néanmoins, j'accepte le principe d'être éventuellement contactée pour un complément d'information par la banque de sang placentaire associée à mon établissement dans lequel j'ai accouché.

### Partie 3 : devenir des prélèvements conformes à un usage thérapeutique

- Je consens sans limite de temps la responsabilité de ce don au Réseau Français de Sang Placentaire pour que ce prélèvement soit stocké dans l'attente d'être mis à disposition et utilisé à des fins thérapeutiques à tout moment, pour tout patient dont l'état de santé nécessiterait une greffe.
- Je comprends que ce prélèvement pourrait ne plus être disponible pour un usage intrafamilial à une date ultérieure, s'il a été osé au bénéfice d'un patient.

### Partie 4 : devenir des prélèvements non conformes pour un usage thérapeutique

Dans l'éventualité où le prélèvement ne répond pas aux critères de conformité, j'accepte qu'il puisse être détruit selon les procédures en vigueur au sein de la banque de sang placentaire ou utilisé en Recherche et Développement dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des données et dans le cadre :

- ✓ d'études de validation de procédés ou de technique de contrôle qualité ou de biovigilance,
- ✓ de programmes de recherche médicale approuvés sur le plan éthique en collaboration avec des organismes de recherche reconnus, publics, hospitaliers ou universitaires (selon la loi n°80-2007).

### Partie 5 : protection des informations personnelles

Je consens à ce que les résultats des examens biologiques effectués dans le cadre du don de sang de cordon et certaines des informations me concernant ainsi que ma famille proche et mon enfant, collectées tant à l'occasion de l'entretien prénatal que postnatal fassent l'objet d'un enregistrement informatique par la banque de sang placentaire (BSF).

Les données relatives aux caractéristiques du greffon comprenant des résultats d'analyses biologiques seront transmises sous forme anonyme à l'Agence de la biomédecine en vue de l'inscription du greffon sur le registre national centralisant les demandes de greffe et le cas échéant pourront être transmises en conformité avec les dispositions de la loi informatique et libertés en vue de permettre leur utilisation à des fins non thérapeutiques.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et libertés, je dispose d'un droit d'accès, et, en cas d'inexactitude, de rectification et de suppression de ces données en m'adressant au responsable de la banque de sang placentaire.

Nom (matril) :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Date de naissance : / /
Date : / /	Signature
Nom et signature de la personne recueillant le consentement et ayant vérifié l'identité de la mère :	

# L'entretien médical

**LFPS**

**DON DE SANG PLACENTAIRE - ENTretien MEDICAL PRENATAL**

**IDENTIFICATION DE LA MERE (DONNEUSE)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : \_\_\_\_\_

N° sub-karim CP (liaison BDP) : \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS MEDICAUX MATERIELS**

Avez-vous eu ou avez-vous eu au cours de votre vie :

- Maladie auto-immune = déficit immunitaire  non  oui
- Allergie sévère  non  oui
- Cancer  non  oui
- Maladies du sang (hémo-mémoires)  non  oui
- Troubles de la coagulation  non  oui
- Pathologies endocriniennes traitées  non  oui
- (Diabète = type I / thyroïdite / ...)
- Pathologie cardiaque  non  oui
- Hypertension artérielle traitée  non  oui
- Pathologies rénales ou urinaires  non  oui
- Pathologies pulmonaires  non  oui
- Pathologies neurologiques  non  oui
- (Maladies neuro-dégénératives = Maladie de Creutzfeldt-Jakob)
- Epilepsie  non  oui
- Transfert auto-immun / neurologique  non  oui
- Pathologies gastro-intestinales  non  oui
- Pathologies hépatiques  non  oui
- Pathologies dermatologiques  non  oui
- Pathologies ophtalmologiques  non  oui
- Pathologies O.R.L.  non  oui
- Pathologies gynécologiques  non  oui
- Maladies prénatales  non  oui

LFPS - 1ère version 8 - 29/09/2009 Valeur au jour de l'impression Page 1 / 4

Antécédents ou comportements à risque de la patiente vis à vis des virus HIV, Hep B et C

Dans les 6 derniers mois :

Avez-vous eu un tatouage, un piercing de l'oreille, de la peau ou du corps fait à partir d'instruments, ou aiguilles à usage multiple ?  non  oui

Votre partenaire ?  non  oui

Avez-vous été en contact avec du sang humain par piqûre, piqûre, projection ?  non  oui

Votre partenaire ?  non  oui

Avez-vous eu des relations sexuelles avec quelqu'un malade du SIDA ou séropositif ?  non  oui

Avez-vous eu des relations sexuelles avec un homme qui a eu des relations sexuelles avec un autre homme dans les 6 dernières années ?  non  oui

Avez-vous été chargé de garder des seringues ?  non  oui

Avez-vous eu des traitements par infiltrations, acupuncture, mesochirurgie ?  non  oui

Votre partenaire ?  non  oui

Dans les 12 derniers mois :

Avez-vous été traitée pour une maladie sexuellement transmissible ?  non  oui

Votre partenaire ?  non  oui

Dans votre vie :

Avez-vous déjà utilisé une seringue pour vous injecter de la drogue ou des substances dopantes ?  non  oui

Votre partenaire ?  non  oui

Avez-vous déjà accepté de l'argent ou de la drogue en échange de relations sexuelles ?  non  oui

Avez-vous eu un test positif pour la syphilis, le SIDA, l'hépatite B ou l'hépatite C ?  non  oui

Votre partenaire ?  non  oui

Risques vis à vis des agents transmissibles non conventionnels

Séjour dans les Britanniques de plus d'un an entre 1950 et 1956  non  oui

Antécédents personnels ou familiaux de la maladie de Creutzfeldt-Jakob  non  oui

TT par hormones de croissance avant 1989  non  oui

TT par hormones gonadotrophiques chorioniques humaines d'origine hypophysaire avant 1986  non  oui

Greffes de tissu ou d'organes à partir d'un donneur  non  oui

Interventions neurochirurgicales  non  oui

Risques liés aux voyages

Maladies infectieuses ou parasitaires  non  oui

Avez-vous séjourné ou êtes-vous née dans une zone à risque de :

Maladie de Chagas (Amérique du Sud)  non  oui

West Nile Virus  non  oui

Paludisme, HTLV  non  oui

Séjour en dehors d'Europe  non  oui

Donneuse de sang  non  oui

ATCO de transfusions sanguines  non  oui

TT par médicaments dérivés du sang  non  oui

Maladies génétiques héréditaires  non  oui

\_\_\_\_\_ dans la famille

**ANTECEDENTS FAMILIAUX MATERIELS**

Avez-vous été adoptée ?  non  oui

Si oui, avez-vous des informations médicales sur la famille ? Si non, c'est une contre-indication au don de sang placentaire

LFPS - 1ère version 8 - 29/09/2009 Valeur au jour de l'impression Page 2 / 4

Mère : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_

Collatéraux : \_\_\_\_\_

Maladie néphrologique (au cours - myélocéphale) d'un membre de la famille

Si oui, nom du parent et pathologie : \_\_\_\_\_

Père non connu  non  oui

L'absence de renseignements sur le père est une contre-indication au prélèvement de sang placentaire

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance (ville - département) : \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS MEDICAUX PATERNELS**

Maladie nécessitant un suivi médical régulier  non  oui

Maladies infectieuses ou parasitaires  non  oui

Hépatite virale  non  oui

Pathologies hémato-oncologiques  non  oui

Traitement chronique  non  oui

Pathologies urinaires  non  oui

Maladie génétique héréditaire  non  oui

Don du sang  non  oui

A-t-il été séropositif ?  non  oui

Si oui, à quelles informations médicales sur la famille ? Si non, c'est une contre-indication au don de sang placentaire

Mère : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_

Collatéraux : \_\_\_\_\_

Maladie néphrologique (au cours - myélocéphale) d'un membre de la famille

Si oui, nom du parent et pathologie : \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS MEDICAUX DE LA FRATRE**

Année de naissance  F  M

Année de naissance  F  M

Année de naissance  F  M

Année de naissance  F  M

**DONNEES DE LA GROSSESSE ACTUELLE**

D.D.R.  non  oui

D.D.G.  non  oui

Terme prévu  non  oui

1 - Sexe  F  M

Gestation jante Groupe sanguin KAI PAMA  F.I.V.  Infection urinaire  non  oui

1-300 au cours de la grossesse une infection ou un syndrome infectieux ?

Si oui, diagnostic : \_\_\_\_\_ Traitement : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

LFPS - 1ère version 8 - 29/09/2009 Valeur au jour de l'impression Page 3 / 4

**Sérologies**

	Positif	Négatif	Non fait	Vacciné
CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxoplasme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H.T.A.  non  oui

Toxique (alcool - tabac - drogue)  non  oui

**3 - Traitements**

Traitement pris au cours de la grossesse : \_\_\_\_\_

Traitement pris au long cours : \_\_\_\_\_

**4 - Echographie**

Terme	Résultat
_____	_____
_____	_____

**5 - Autres**

	Non fait	Fait	Résultat
HT 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amniocentèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Anomalies
Caryotype	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anomalies

**6 - Autres événements**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONCLUSION**

Entretien médical  conforme  non conforme

Recueil du consentement écrit signé  oui  non


Non signature du médecin \_\_\_\_\_ Date de l'entretien \_\_\_\_\_ Remarques \_\_\_\_\_

Non signature de la sage-femme \_\_\_\_\_

LFPS - 1ère version 8 - 29/09/2009 Valeur au jour de l'impression Page 4 / 4

Collège

# La qualification néonatale



## Qualification clinique néonatale

---

### Identification de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_

Heure de naissance :  :   
 Poids de naissance :   
 Taille :   
 PC :

### Identification de la mère

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_

Masculin   
 Féminin

Terme :  37  38  39  40  41

---

### Examen du nouveau-né

Fait le  par  Age : ..... h

Coloration	Normale	Pâleur	ictère	Cyanose
Examen pulmonaire	Normal	Anormal	Si Anormal détailler :	
Examen cardio-vasculaire	Normal	Anormal		
Examen neurologique et réflexes	Normal	Anormal		
Abdomen	Normal	Anormal		
Hépto-splénomégalie	Non	Oui		

---

Infection (biencoc)	Non	Oui	Suspicion	Si OUI détailler :
Ictère	Non	Oui	Suspicion	
Malformation	Non	Oui	Suspicion	
Maladie hématologique	Non	Oui	Suspicion	
Atteinte Neurologique	Non	Oui	Suspicion	
Déficit immunitaire primaire	Non	Oui	Suspicion	
Maladie métabolique	Non	Oui	Suspicion	
Dysmorphie	Non	Oui	Suspicion	
Autre pathologie	Non	Oui	Suspicion	

---

### Conclusion

Normal	Anormal invalidant cause :	Anormal à discuter cause :
--------	-------------------------------	-------------------------------


---


### Contrôles effectués chez la mère

Mère CMV ⊖	Non réalisé	Oui	résultat	
Contrôle effectué à l'accouchement	Non	Oui	Négatif	Positif
Contrôle effectué en Suite de Couches	Non	Oui		
Mère toxo ⊖	Non réalisé	Oui	Négatif	Positif
Contrôle effectué à l'accouchement	Non	Oui		
Contrôle effectué en Suite de Couches	Non	Oui		
Antécédent d'herpès récurrent	Non réalisé	Oui	Négatif	Positif
Prélèvement effectué à l'accouchement	Non	Oui		
Contrôle effectué en Suite de Couches	Non	Oui		

Signature du médecin ayant effectué l'examen :

# La qualification post natale


**POLE FEMME-MERE-ENFANT**  
 SERVICE DE GYNECOLOGIE  
 OBSTETRIQUE ET MEDECINE DE LA  
 REPRODUCTION



### Qualification clinique postnatale

<b>Identification de l'enfant</b>		<b>Identification de la mère</b>	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Date de naissance		Nom de jeune fille	
		Date de naissance	

**Pathologie mère depuis accouchement**

**Pathologie enfant depuis la naissance**

Maladie fébrile ou éruption	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Transfusion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicaments	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Herpès	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Examen du nouveau-né (d'après le carnet de santé)**  
*A remplir ou photocopier de l'examen clinique du 2<sup>ème</sup> mois*


Croissance stature-pondérale normale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Coloration normale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Examen pulmonaire normal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Examen cardio-vasculaire normal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Examen neurologique et réflexes normaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Examen abdominal normal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aires ganglionnaires normales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Absence d'anomalies morphologiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Développement psychomoteur normal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vaccinations effectuées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

---

**Conclusion**

Infection	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Malformation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie hématologique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tumeur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Atteinte neurologique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déficit immunitaire primaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie métabolique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Date et signature du médecin

Madame, Monsieur

Vous allez recevoir ce jour en consultation l'enfant ..... pour son examen clinique du deuxième mois.

Au moment de l'accouchement, il a été effectué un prélèvement de sang placentaire. Pour pouvoir enregistrer ce prélèvement sur le Registre France Greffe de Moelle, il est obligatoire que l'enfant ait été examiné par un médecin et que celui-ci ait complété la fiche clinique post natale qui a été insérée dans le carnet de santé de l'enfant. Cette fiche sera ensuite adressée par les parents à la sage-femme référente de la Banque de Sang de Cordon de Poitiers.

D'autre part, si une pathologie survenait dans les années à venir, il serait indispensable d'en informer la BSP afin que ce prélèvement soit détruit s'il n'a pas déjà été attribué.

En vous remerciant pour votre aide et votre collaboration, je vous prie de croire Madame, Monsieur en l'assurance de ma considération distinguée.

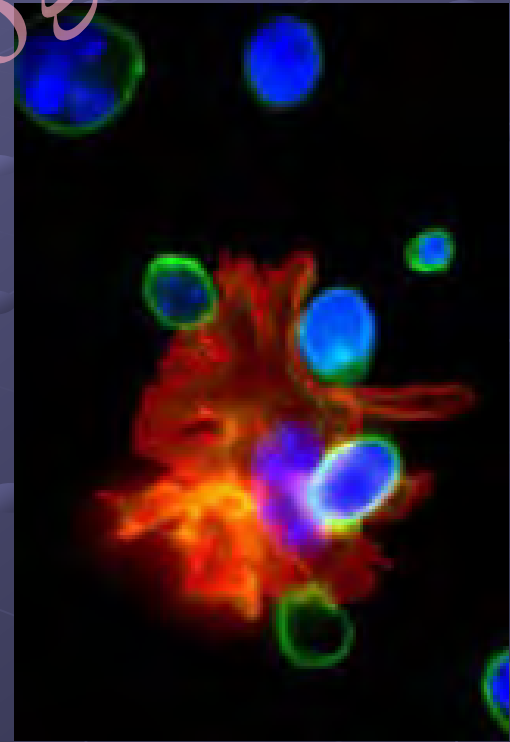
Corine Nicolas  
 Sage-Femme référente de la BSP de Poitiers  
 05 49 44 32 74

# Finalité

- Banque allogénique



- Recherche

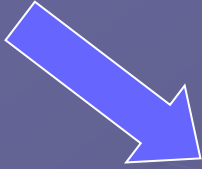


Collège de Gynécologie CVL

# Quel est votre rôle ?

- Informez vos patientes en anténatal.
- Rappelez aux patientes la visite du 2ème mois (validation postnatale).
- Pour les professionnels hospitaliers, favorisez la mise en place de la collecte dans vos établissements.
- Diffusez l'information aux autres professionnels de votre entourage.

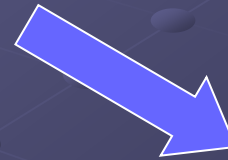
2006 : Début du Projet



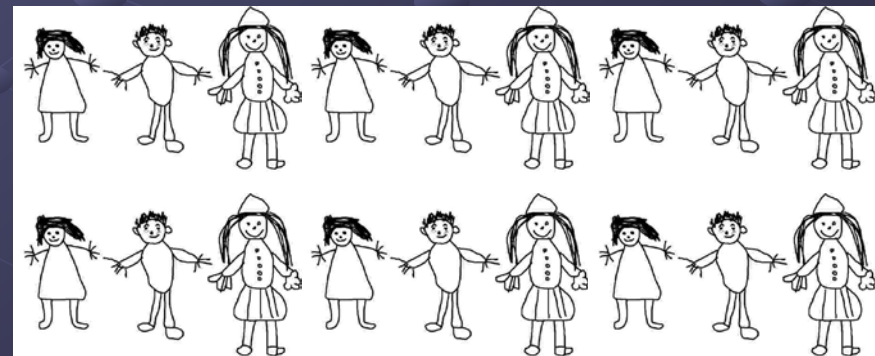
2008 : Accord ABM



2009 : Début des accords  
CHU Poitiers / EFS CA



01/04/2011 : Ouverture de la BSP  
Poitiers (CHU/EFS CA)



Merci à l'ensemble du personnel de la thérapie cellulaire, de la maternité, des laboratoires d'analyses médicales, des services juridique et administratif de l'EFS CA et du CHU de Poitiers.

Merci aux familles pour leur générosité