

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

Partie 1 : Prélèvement du sang placentaire

Je consens **volontairement** et **gratuitement** à ce don à l'occasion de cette grossesse et confie ce don au Réseau Français du 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 placentaire 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 placentaire si elle juge que les circonstances ne s'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 avec sincérité aux questions qui me seront posées dans le cadre d'un entretien médical prénatal et postnatal 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 exigibles ou recommandées par la réglementation (HIV-SIDA, Hépatites B et C, Syphilis ...) soient réalisées et que l'on prélève pour cela mon sang à l'accouchement et au minimum deux mois après l'accouchement. J'accepte que ces mêmes analyses soient réalisées sur le sang placentaire prélevé.

J'accepte que des échantillons de mon sang et du sang placentaire soient conservés à long terme dans l'éventualité d'analyses complémentaires, selon la réglementation en vigueur à ce jour.

Partie 3 : Devenir des dons prélevés et conformes à usage thérapeutique

Je confie sans limite de temps la responsabilité de ce don au Réseau Français du Sang Placentaire pour que ce don 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 don puisse ne plus être disponible pour un usage intrafamilial, si nécessaire à une date ultérieure.

Partie 4 : Devenir des dons prélevés et non conformes pour un usage thérapeutique

Dans l'éventualité où le don prélevé ne répond pas aux critères de conformité, j'accepte qu'il puisse être détruit selon les procédures en vigueur à l'EFS Rhône-Alpes 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 d'études de biovigilance,
- de programmes de recherche médicale approuvés sur le plan éthique en collaboration avec des organismes de recherche reconnus, publics, hospitaliers ou universitaires.

Partie 5 : Protection des informations personnelles

Je consens à ce que toutes les informations et tous les résultats d'examens relatifs à ma personne ou à mon enfant soient conservés dans des registres ou bases de données conformes aux recommandations de la Commission Nationale Informatique et Libertés et dans le respect des principes d'anonymat et de confidentialité.

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 de l'EFS Rhône-Alpes.

Nom marital :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Date de naissance :
Date :	Signature de la patiente :
Nom et signature de la personne recueillant le consentement :	