

Consentement au don de lait maternel

Nom:

Prénom: Date de naissance:

Adresse:

Téléphone: Téléphone portable:

E-Mail:

Nom de l'enfant: Hospitalisé(e):

Date de naissance de l'enfant: Âge gestationnel de l'enfant:

Nous vous remercions de consentir à l'utilisation de votre lait maternel au profit d'enfants malades. Veuillez noter que différents examens médicaux seront nécessaires au préalable. Les données sont traitées de manière confidentielle et utilisées exclusivement dans le cadre de l'exploitation de la banque de lait maternel.

Veillez répondre aux questions suivantes

Nous vous prions de répondre consciencieusement aux questions. Si vous n'êtes pas sûre de la réponse, marquez la question correspondante. Nous en discuterons avec vous.

J'ai lu avec soin et compris la feuille d'information pour les donneuses de lait potentielles.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûre	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous en bonne santé?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous d'une maladie chronique?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle?			
Avez-vous déjà eu une hépatite (inflammation du foie, jaunisse)?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà souffert d'une maladie infectieuse grave (par ex. tuberculose)?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle?			

Avez-vous pris des médicaments par voie orale ou par injection depuis l'accouchement? Oui Non

Si oui, lesquels et pendant quelle période?

.....

Avez-vous pris depuis l'accouchement des préparations vitaminées, ou encore des préparations à base de plantes ou de produits naturels? Oui Non

Si oui, lesquelles et pendant quelle période?.....

.....

Avez-vous une alimentation végétarienne? Oui Non

Si oui: consommez-vous des œufs ou des produits à base d'œufs? Plusieurs fois par semaine Rarement Non

Consommez-vous du lait ou des produits laitiers? Plusieurs fois par semaine Rarement Non

Avez-vous une alimentation végétalienne? Oui Non

Questions sur le tabagisme et la consommation de nicotine

Utilisez-vous des substituts nicotiniques (p. ex. patch ou gomme)? Oui Non

Fumez-vous? Oui Occasionnellement Non

Est-ce qu'une autre personne fume à votre domicile? Oui Occasionnellement Non

Buvez-vous de l'alcool? Oui Occasionnellement Non

Buvez-vous chaque jour plus de 3 tasses de boissons contenant de la caféine (par ex. café) ou plus de 3 boissons énergisantes? Oui Non

Avez-vous, vous ou votre partenaire, pris ou fumé des drogues, ou vous en êtes-vous ou injecté? – par ex. cannabis (haschisch, marijuana), métamphétamine (crystal), MDMA (ecstasy), héroïne, cocaïne, crack

Vous-même Oui Il y a plusieurs années Non

Votre partenaire Oui Il y a plusieurs années Non

Avez-vous été informée que vous ne pouvez pas donner du sang? Oui Non

Avez-vous reçu une transfusion sanguine (par ex. globules rouges, plaquettes sanguines, plasma)? Oui Non

Si oui, vers quelle période et dans quel pays?

Est-ce que l'une des affirmations suivantes s'applique? Oui Non

Vous avez reçu une greffe.

Vous avez déjà suivi un traitement comportant une hormone de croissance.

Un cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob existe dans votre famille.

Vous avez été vaccinée au cours des 4 dernières semaines (p. ex. contre la rougeole ou la grippe). Oui Non

Si oui, quand et contre quelle maladie?

Est-ce que l'une des affirmations suivantes s'applique? Oui Non

Acupuncture à l'hôpital ou chez un médecin

ailleurs

Tatouage, piercing ou modification corporelle

Avez-vous séjourné plus de 6 mois hors de Suisse? Oui Non

Si oui, dans quels pays?

Examens de dépistage de maladies infectieuses

- Par la présente, je consens à ce que mon sang soit analysé pour dépister les maladies ou agents pathogènes suivants: hépatite B, hépatite C, VIH et syphilis. Exceptionnellement, le dépistage d'autres agents pathogènes est possible. Nous vous en informerons séparément.
Le médecin vous informera en cas de résultats de laboratoire positifs.

Nous vous prions de bien vouloir confirmer les déclarations suivantes en cochant la case correspondante:

- J'accepte de mettre à disposition de la banque de lait maternel mon lait excédentaire.
- J'ai été informée des examens sanguins qui sont nécessaires pour devenir donneuse de lait et j'accepte qu'ils soient effectués.
- J'ai été informée qu'en cas de don, mon lait subira un examen bactériologique. Si le nombre de bactéries excède les valeurs limites, j'en serai informée et les mesures d'hygiène possibles seront discutées avec moi.
- Si quelque chose vient à changer dans les réponses précédentes ou si je souffre d'une maladie ou d'une infection aiguë, j'en informerai le spécialiste responsable des dons de lait ou de mon enfant.

Consentement au don de lait maternel et confirmation de l'entretien d'information par la donneuse

- Par la présente, je confirme avoir donné des réponses véridiques et consciencieuses à toutes les questions. J'ai pu éclaircir toutes mes questions relatives au don de lait au cours d'un entretien personnel avec le spécialiste responsable.

Lieu, date:

Signature:

Cette page est remplie conjointement lors de l'entretien avec le spécialiste responsable!

**Autres thèmes et spécifications relatives aux questions abordés avec la
donneuse pendant l'entretien d'information**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Entretien d'information réalisé par

Nom/titre:
Lieu, date:
Signature:

Cette feuille est remplie par le médecin responsable!

Évaluation par le médecin des résultats de laboratoire

VIH-1/2	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif
Hépatite C	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif
Syphilis	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif

Les examens de dépistage du VIH, de l'hépatite B et C ont été réalisés le

et doivent être répétés le:

Le lait de la donneuse est adéquat: Oui Non
 La donneuse a été informée des résultats des examens. Oui Non

Date:..... Signature par le médecin spécialiste en néonatalogie:

Banque de lait maternel

Le lait maternel excédentaire de la donneuse est accepté dans la banque de lait maternel et un numéro d'identité (ID) lui est attribué.

N° ID

