



Consentement n° :

CONSENTEMENT POUR LE PRELEVEMENT, L'ANALYSE ET L'UTILISATION SCIENTIFIQUE D'UN DON DE SANG DE CORDON, DE CORDON OMBILICAL OU DE PLACENTA

Partie 1 – Prélèvement du sang de cordon, recueil du cordon ombilical ou du placenta

Je consens volontairement et gratuitement à ce don à l'occasion de cette grossesse et confie ce don à la Banque de Sang Placentaire de l'Etablissement Français du Sang Bourgogne/Franche-Comté (EFS-BFC) afin d'être mis à la disposition, après anonymisation, de la société Lymphobank, dans un but de recherche scientifique.

J'ai lu et compris toutes les notions relatives au don de sang de cordon, de cordon ombilical et de placenta et à leur 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 recueillir le sang de cordon, le cordon ombilical ou le placenta 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 – Analyses biologiques effectuées

J'accepte que les analyses exigibles par la réglementation ou recommandées, y compris le dépistage de maladies transmissibles (VIH, hépatites B et C, HTLV-I/II et syphilis), soit 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 des échantillons de mon sang soient conservés à long terme dans l'éventualité d'analyses complémentaires, selon la réglementation en vigueur à ce jour.

Partie 3 – Devenir des prélèvements de sang de cordon, de cordon ombilical et de placenta

J'ai compris et j'accepte que mon don soit transféré par l'EFS-BFC à la société Lymphobank en vue d'une utilisation commerciale. Je confie sans limite de temps la responsabilité de ce don à la société Lymphobank pour que ce don soit stocké dans l'attente d'être cédé à des laboratoires de recherche publique, à des sociétés biotechnologiques ou pharmaceutiques.

Les **domaines d'activité** des utilisateurs finaux de mon don sont :

- la recherche fondamentale
- la recherche appliquée
- le développement de trousse diagnostiques
- la réalisation d'études de validation de procédés ou de techniques de contrôles de qualité
- l'enseignement

Les **domaines d'application** possibles des utilisateurs finaux portent principalement sur le développement de vaccins et de traitements des maladies infectieuses ou tumorales ou de pathologies affectant les domaines suivants : immunologie, hématologie, cardio-vasculaire, diabète, métabolisme, nutrition, physiopathologie, pneumologie, hépato-digestif, dermatologie, neurosciences.

Les utilisateurs finaux, à qui les éléments issus de mon don seront cédés par Lymphobank, s'engagent contractuellement :

- à ne pas exporter ni recéder les produits issus d'éléments du corps humain cédés par Lymphobank à une tierce partie, que ce soit à titre gracieux ou à titre onéreux
- à utiliser les produits issus d'éléments du corps humain cédés par Lymphobank pour un usage de recherche uniquement et dans les domaines d'activités listés ci-dessus
- à avoir effectué les démarches réglementaires nécessaires à la réalisation de ses activités, notamment de déclaration ou d'autorisation préalable.

Partie 4 – Protection des informations personnelles

Je consens à ce que les résultats des examens biologiques pratiqués dans le cadre de mon don de sang de cordon, de cordon ombilical ou de placenta et certaines informations me concernant ainsi que mon enfant, fassent l'objet d'un enregistrement informatique par la Banque de Sang Placentaire de l'EFS-BFC.

Les données relatives aux caractéristiques du don comprenant des résultats d'analyses biologiques seront transmises sous forme anonyme à la société Lymphobank en conformité avec les dispositions de la loi Informatique et Libertés en vue de permettre son utilisation à des fins de recherche scientifique.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux 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 dont les coordonnées sont :

Banque de Sang Placentaire
Etablissement Français du Sang Bourgogne/Franche-Comté
8 rue du Docteur Jean-François-Xavier Girod
25000 Besançon
Téléphone : 03 81 615 675

Nom marital : _____ 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 :