



# L I F E B A N K

La conversation de nos cellules les plus précieuses™

*Félicitations à propos de la nouvelle du bébé que vous attendez! Nous sommes ravis de vous faire parvenir une trousse d'information de Lifebank, un chef de file respecté dans le domaine des banques de cellules souches sanguines extraites du cordon ombilical.*

*Depuis 1996, Lifebank fournit un service de qualité consacré aux banques de sang ombilical. Les installations de Lifebank sont agréées auprès du NetCord-FACT et l'AABB, inspectées par Santé Canada (conformes aux normes de l'Association canadienne de normalisation) et inscrites à la FDA, tout en assurant ceux qui se prévalent de nos services, des parents aux professionnels de la santé, de nos normes rigoureuses et de notre engagement envers la qualité. Lifebank a constitué un Comité consultatif médical et scientifique de renommée mondiale avec des membres actifs dans les applications des cellules souches et la cryogénie.*

*Lifebank est à l'avant-garde des progrès dans le domaine des banques de sang ombilical et dans l'application des cellules souches à des procédures salvatrices. À ce jour, de nombreuses transplantations ont été réalisées avec succès dans le monde, à l'aide de cellules souches provenant de sang ombilical. Prenez quelques instants pour visiter notre site Web à l'adresse [www.lifebank.ca](http://www.lifebank.ca) afin d'obtenir les renseignements les plus actuels.*

*Veuillez examiner la trousse parentale complète; il est important que vous lisiez et compreniez les informations pour prendre des décisions éclairées à propos de ce choix de santé. Si vous ou votre professionnel de la santé avez des questions, n'hésitez pas à nous appeler au numéro sans frais 1-888-888-7836 ou localement au 604-738-2722.*

*Nous vous remercions de votre requête et sachez que, si vous décidez de choisir Lifebank, les cellules souches de votre enfant seront traitées et conservées par la banque familiale de sang ombilical la plus expérimentée au Canada.*

*Cordialement,*

**Dr Anil K. Mangal DSM, ABIM, FRCPC, MBA**  
Directeur des affaires médicales et scientifiques  
Lifebank Corp





# LIFEBANK

La conservation de nos cellules les plus précieuses™

## SAVIEZ-VOUS QUE QUELQUES MINUTES DE VOTRE TEMPS PEUVENT ASSURER L'AVENIR DE VOTRE ENFANT

L'information suivante démontre à quel point il est facile de conserver le sang du cordon ombilical. Vous trouverez ci-joint un guide d'inscription contenant l'information détaillée sur la procédure de collecte et d'entreposage du sang de cordon ombilical ainsi qu'un aide-mémoire pour les parents.

### ETAPE 1

Pour commencer, lire le document intitulé *Histoire médicale individuelle - Consentement éclairé*, expliquant les raisons et les procédures d'entreposage du sang ombilical ainsi que l'aspect financier et ses limitations. Après avoir lu le document, le compléter et le signer.

### ETAPE 2

Lire ensuite le document intitulé *Histoire médicale individuelle - Contrat de service au client*, qui expose les responsabilités de Lifebank et du client (mère enceinte), concernant la collecte, l'expédition et l'entreposage de l'échantillon de sang du cordon ombilical après l'accouchement. Après avoir lu le document, le compléter et le signer.

### ETAPE 3

Consulter le document *Questionnaire médical du client*. Il contient des questions sur votre santé et sur l'histoire médicale de votre famille. Ces renseignements aideront à déterminer la possibilité d'entreposer à long terme l'échantillon de sang du cordon de votre bébé.

### ETAPE 4

Finalement, consulter le document *Lettre d'évaluation physique*. Ce formulaire doit être rempli et signé par votre médecin traitant avant de pouvoir traiter le sang de cordon ombilical.

### ETAPE 5

Après avoir lu attentivement et compris ces quatre documents importants, prière de les compléter et signer et de les retourner à Lifebank par télécopieur ou par courrier.

#### Par télécopieur:

604 – 738 – 2726 (Vancouver)  
416 – 966 – 2726 (Toronto)  
1-888-544-2726 (sans frais)

#### OU

#### Par courrier:

Lifebank Corp. Technology Place – BCIT Campus  
200 – 4475 Wayburne Drive  
Burnaby, (Colombie-Britannique) V5G 4X4

#### Questions?

Appelez-nous au 604.738.2722 ou 1.888.888.7836 (numéro sans frais)  
ou visitez [www.lifebank.ca](http://www.lifebank.ca)

Il va de soi que tout renseignement personnel demeure confidentiel et ne peut être diffusé par Lifebank sans votre consentement écrit, à moins que la loi ne l'exige.

## COMPTE INDIVIDUEL – Enregistrement de sang ombilical familial CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je (« le Client ») souhaite être inscrit(e) au compte individuel (« le Compte individuel ») offert par Lifebank Corp. (« Lifebank »).

### 1. CET ACCORD ET CONSENTEMENT FAIT ENTENDRE QUE JE COMPRENDS PARFAITEMENT CE QUI SUIT :

- A. Le Compte individuel propose la conservation de cellules sanguines contenues dans le sang ombilical de mon enfant. L'échantillon de sang ombilical portera un identificateur unique et sera conservé dans une installation de conservation cryogénique. Lifebank récupérera ces cellules à ma demande conformément à l'Accord de service entre Lifebank et le Client.
- B. Il est impossible de savoir si mon enfant ou un autre membre de la famille développera une maladie traitable par ces cellules.
- C. Les agences réglementaires et d'accréditation exigent un échantillon de sang maternel et je consens à un tel prélèvement. L'absence d'un échantillon de sang maternel, une analyse du sang maternel inadéquate ou une documentation incomplète pourrait interférer avec le prélèvement, l'entreposage ou l'utilisation de cellules de sang ombilical pour des traitements. L'échantillon de sang maternel sera analysé pour le dépistage de l'hépatite, du VIH (le virus qui cause le SIDA), et certaines autres maladies infectieuses, à l'aide de trousse de dépistage qui sont conformes aux exigences réglementaires fédérales. Je consens à ces analyses, à la divulgation des résultats et de mes dossiers prénataux à Lifebank. Lifebank conservera une partie de cet échantillon sanguin pendant un temps indéterminé à des fins d'analyses éventuelles. Ces analyses pourront inclure, sans s'y limiter, des analyses de contrôle de la qualité, des analyses répétées de dépistage de maladie infectieuse ou des tests actuellement indéterminés. Au cas où de telles analyses deviendraient nécessaires, Lifebank m'informera des tests requis avant de les effectuer et obtiendra mon consentement éclairé pour ces analyses. Les résultats et les dossiers médicaux ne seront divulgués à personne sans mon consentement écrit au préalable, sauf si une telle divulgation est requise par la loi.
- D. Le sang ombilical pourrait ne pas être éligible à la conservation advenant des analyses du sang maternel positives pour le VIH, l'hépatite ou d'autres infections. Lifebank informera le Client ou son médecin de tout résultat positif ou anormal.

### 2. PRÉLÈVEMENT DU SANG OMBILICAL :

- A. Le prélèvement et la conservation des cellules de sang ombilical de mon enfant pourront potentiellement lui être bénéfiques s'il ou elle devait en avoir de besoin pour le traitement de certaines maladies.
- B. Ces cellules de sang ombilical sont parfaitement compatibles avec mon enfant; même s'il n'y a aucune garantie qu'il en ait besoin, le fait d'être parfaitement compatibles pourrait réduire le risque de complication grave suite à une thérapie cellulaire.
- C. Il est possible que les cellules de sang ombilical de mon enfant soient compatibles avec un autre membre de la famille.
- D. Même si c'est peu fréquent, des complications pourraient survenir à la naissance et il ne serait peut-être pas possible pour mon médecin ou ma sage-femme de prélever le sang ombilical. Par conséquent, le prélèvement de sang ombilical ne peut être garanti étant donné que celui-ci est organisé par mon médecin ou ma sage-femme et moi-même. Ma santé et la santé de mon enfant sont la priorité de mon médecin ou de ma sage-femme. Je consens à ce que le jugement de mon médecin ou de ma sage-femme soit absolu et final. Je ne tiendrai pas mon médecin, ma sage-femme, le personnel infirmier, l'hôpital et/ou son personnel responsable de tout arrangement, procédure ou manipulation concernant le sang ombilical.
- E. Si le sang ombilical n'est pas prélevé, aucuns frais de traitement ne me seront facturés. La trousse de prélèvement et son contenu devront être retournés à Lifebank dans les 30 jours pour une disposition appropriée, faute de quoi des frais de 100,00 \$ seront facturés et pourront être débités sur la carte de crédit du Client.
- F. Il n'y a aucune façon de savoir si l'échantillon de sang ombilical peut être conservé avant qu'il ne soit analysé au laboratoire de Lifebank. Si l'échantillon est douteux ou si les résultats d'analyses ne sont pas disponibles, il y aura tentative de me joindre afin de déterminer mes instructions. Lifebank se réserve le droit de rejeter tout échantillon de sang ombilical pour des raisons de faible volume, de contamination virale ou bactérienne, en cas d'absence de résultats de test ou de retard de livraison.
- G. Aucun échantillon de sang ombilical ne sera utilisé pour la recherche, le contrôle de la qualité ou des études de validation sans l'obtention préalable d'un consentement écrit du Client.

### 3. AUTRES OPTIONS :

**JE COMPRENDS** que d'autres sources de cellules souches existent, notamment la moelle épinière et le sang périphérique. Les cellules sanguines recueillies à partir de ces autres sources ont été utilisées avec succès pour des maladies traitées avec les cellules souches de sang ombilical. Alors que la moelle épinière et le sang périphérique sont actuellement les sources de cellules souches les plus fréquemment utilisées, le prélèvement de cellules souches de ces sources fait appel à une procédure invasive et comporte le risque d'infection et de complication chirurgicale. Advenant le besoin de thérapie cellulaire, la recherche d'un donneur compatible peut être difficile. À l'avenir, d'autres traitements de maladies pourraient être découverts et, par conséquent, la conservation de cellules de sang ombilical dans un Compte individuel ne sera peut-être pas nécessaire.

### 4. CONSERVATION DE CELLULES DE SANG OMBILICAL :

**JE COMPRENDS** que les procédures de congélation et d'entreposage utilisées pour conserver les cellules du sang de cordon et de placenta sont les mêmes que celles qui sont utilisées pour la conservation d'autres cellules humaines, et que même si cette technique de congélation a été utilisée pendant plusieurs années pour conserver avec succès des cellules de moelle épinière et d'autres cellules sanguines, elles ne sont utilisées que depuis peu pour la conservation de cellules de sang ombilical et de placenta. Les études de laboratoire et les greffes utilisant des cellules congelées confirment que cette procédure peut être utilisée pour les cellules de sang de cordon et de placenta.

**5. UTILISATION DU SANG OMBILICAL :**

**JE COMPRENDS** que les cellules souches prélevées du sang de cordon et de placenta ont été utilisées avec succès. Actuellement, les bénéfices éventuels de l'utilisation de cellules souches de sang ombilical sont leur utilisation pour le traitement de certaines maladies mortelles, telles la leucémie, certains autres cancers et troubles hématologiques. Les risques potentiels comprennent la possibilité que ce type de traitement ne soit pas efficace ou qu'il ne guérisse pas la maladie, que les cellules de sang ombilical ne soient pas acceptables pour une greffe et/ou une thérapie cellulaire ou que les cellules souches de sang ombilical ne soient pas compatibles avec un autre membre de la famille.

**JE COMPRENDS** que les cellules souches de sang ombilical ne constituent pas le choix de traitement pour toutes les maladies ou affections; la décision d'utiliser les cellules souches de sang ombilical conservées dans un Compte individuel n'appartient exclusivement qu'à moi et au médecin. Il est possible que de meilleures thérapies soient développées à l'avenir.

**JE CONSENS** à ce que, en cas d'utilisation de l'échantillon de sang ombilical, le Client divulgue à Lifebank des données concernant la greffe, toute réaction indésirable liée à la transfusion, toute réaction de greffe contre hôte et la survie du patient.

**6. DROITS À L'ÉCHANTILLON DE SANG DE CORDON:**

Soumis aux droits de Lifebank de disposer de l'échantillon de sang ombilical en cas de non-paiement des frais, le Client aura le contrôle de l'échantillon de sang ombilical. Quand l'enfant à qui l'échantillon appartient aura atteint l'âge de la majorité, Lifebank reconnaîtra toute réclamation légale faite par l'enfant sur l'échantillon de sang ombilical tant que cet accord et l'Accord de service demeureront en vigueur. L'échantillon ne pourra être libéré qu'à des fins de transplant, de thérapie cellulaire, ou de conservation dans une autre banque de sang ombilical, selon les normes professionnels recommandées et la loi applicable. Si l'Accord de service est terminé ou a expiré, Lifebank exigera des instructions écrites du client quant'à la disposition de l'échantillon de sang ombilical, à des frais supplémentaires pour le Client. Si des instruction écrites ne sont pas fournies, Lifebank sera libre de disposer à sa guise de l'échantillon de sang ombilical en le détruisant, entre autres choix. Au cas où Lifebank déterminerait que l'échantillon n'est pas admissible à être conservé, la société informera le Client et exigera des instructions quant'à la disposition de l'échantillon. Si le Client n'a pas retiré un échantillon qui n'est pas admissible à la conservation du centre d'entreposage de Lifebank dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'avis de non-admissibilité pour la conservation, Lifebank pourra détruire l'échantillon. Lifebank détruira l'échantillon sans frais supplémentaires pour le Client. Le Client est responsable de tout coût associé au transfert d'un échantillon admissible à un autre endroit.

**7. INFORMATION PERSONNELLE :**

Lifebank conservera la confidentialité de toute information personnelle qui pourrait identifier le Client ou l'enfant, dans les limites permises par la loi et l'exercice professionnel. Le client permettra à Lifebank de le contacter, à l'avenir, concernant les services offerts par Lifebank ou pour obtenir des renseignements supplémentaires. Toute information personnelle sera retenue par Lifebank aussi longtemps que nécessaire, pour pouvoir offrir ses services et se conformer aux standards réglementaires et lois applicables.

**8. ACCORD DE SERVICE DE LIFE BANK :**

**JE CONSENS** à payer à Lifebank tous les frais requis pour le Compte individuel, tel que décrit dans l'Accord de service. Au cas où je n'honorerais pas un paiement, Lifebank pourra m'envoyer une lettre par la poste à la dernière adresse indiquée dans mon dossier, m'accordant un délais de 60 jours pour effectuer le paiement. Si je n'effectue pas le paiement dans un délai de 60 jours, Lifebank pourra annuler l'Accord de service et l'échantillon de sang ombilical deviendra la propriété de Lifebank qui aura le droit d'en disposer à sa guise, y compris, sa destruction. Une fois que l'Accord de service de Lifebank prend fin, Lifebank n'aura plus aucune obligation envers le Client.

**9. RESPONSABILITÉ LIMITÉE DE LIFE BANK :**

**JE CONSENS** à ce que Lifebank (y compris ses dirigeants, directeurs, employés et agents) ne soit pas tenue responsables de toute perte ou tout dommage découlant, de manière directe ou indirecte, de tout acte commis en toute bonne foi dans la réalisation de ses obligations conformément à cet accord ou à l'Accord de service, autre qu'en raison d'une lourde négligence ou d'un manquement délibéré de Lifebank. Dans tous les cas, je consens pour moi-même et pour mon enfant à naître que la responsabilité de Lifebank se limite au remboursement égal au montant de tous les frais payés par moi-même à Lifebank conformément à l'Accord de service.

**10. ACCORD JURIDIQUE :**

**JE COMPRENDS** qu'en signant ce consentement individuel, je consens à être juridiquement lié(e) par ce Compte individuel et les termes de l'Accord de service.

**Je certifie que je comprends les risques et les bienfaits du prélèvement et de la conservation de sang ombilical, que j'ai lu ce qui précède ou que son contenu m'a été lu, que je comprends son contenu et que j'ai obtenu une réponse à toute question que j'avais concernant ce consentement éclairé et l'Accord de service.**

Nom du Client (caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Nom du témoin (caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature du Client : \_\_\_\_\_ Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Date: jj/ \_\_\_\_\_ mmm/ \_\_\_\_\_ aaaa \_\_\_\_\_

Date: jj/ \_\_\_\_\_ mmm/ \_\_\_\_\_ aaaa \_\_\_\_\_

**COMPTE INDIVIDUEL – Enregistrement de sang ombilical familial**  
**ACCORD DE SERVICE**

Il s'agit d'un accord passé entre Lifebank Corp. (« Lifebank ») et [nom imprimé] \_\_\_\_\_ le futur parent (le « Client ») qui souhaite que Lifebank fournisse les fournitures nécessaires au prélèvement, au traitement et à la conservation cryogénique du sang prélevé du cordon ombilical de son enfant et du placenta (« sang ombilical ») après l'accouchement.

**A. LIFEBANK FOURNIRA AU CLIENT :**

**1. Un compte individuel**

Le compte individuel, qui comprend un questionnaire sur la santé du client, contiendra des renseignements personnels et familiaux nécessaires à la gestion du compte et les coordonnées du client, ainsi qu'un emplacement réservé à la conservation de l'échantillon de sang ombilical.

**2. Trousse de prélèvement**

Lifebank fournira au client une trousse de prélèvement de Lifebank avant la date de votre accouchement.

**3. Formation et instruction**

Lifebank fournira les instructions écrites au médecin obstétricien ou à la sage-femme du Client.

**4. Réception, traitement et conservation cryogénique du sang ombilical**

Si le sang ombilical est éligible pour la conservation (l'éligibilité est déterminée par les résultats des analyses de laboratoire),

- Lifebank l'étiquettera avec un code identificateur unique;
- Lifebank traitera et conservera le sang ombilical à des températures cryogéniques (très basses);
- Lifebank consent à conserver l'échantillon de sang ombilical pour une période initiale de 18 ans. Le Client aura ensuite le choix de poursuivre la conservation de l'échantillon de sang ombilical selon les termes et conditions en vigueur de Lifebank.

**5. Entretien**

Les conditions de conservation cryogénique requises du sang ombilical seront gérées.

**6. Récupération de l'échantillon**

À tout moment durant la période couverte par cet accord, seul le Client, ou, s'il a atteint l'âge de la majorité, l'enfant, peut faire une demande écrite auprès de Lifebank, de récupérer et préparer le sang ombilical conservé pour le transport à un endroit donné. Par la suite, Lifebank sera dégagée de toute responsabilité. Le Client est responsable de tous les coûts d'analyse, de préparation et de livraison du sang ombilical dans le cas où il devrait être transporté.

**B. LE CLIENT SERA RESPONSABLE DE:**

**1. Remplir les documents requis**

La trousse de prélèvement de Lifebank comprend un Formulaire d'autorisation de prélèvement de sang ombilical et de décharge de responsabilité (formulaire 3) qui doit être rempli de manière précise, signé par le médecin obstétricien ou la sage-femme, et retourné à Lifebank dès que possible. Tous les renseignements et résultats d'analyses obtenus par Lifebank seront conservés dans la plus stricte confidentialité et ne seront pas divulgués par Lifebank sans le consentement écrit du Client, sauf si la loi l'exige.

**2. Informer Lifebank de la réception de la trousse de prélèvement de Lifebank**

Vérifier à la réception de la trousse de prélèvement que tout le matériel est inclus, selon les instructions fournies dans la trousse de prélèvement.

**3. Informer Lifebank de la date prévue de l'accouchement et de tout changement**

Tout changement concernant les conditions de l'accouchement (par ex., des jumeaux, une césarienne, un travail prématuré, des changements dans la date de l'accouchement) doit être communiqué à Lifebank.

**4. Examiner le matériel**

Tout document contenu dans la trousse de prélèvement de Lifebank devrait être lu et entièrement compris avant d'être signé.

**5. Communiquer avec le médecin ou la sage-femme**

Le médecin obstétricien ou la sage-femme du Client devrait être avisé de la décision de prélever et de conserver le sang ombilical de l'enfant. Advenant des problèmes de santé ou des résultats de test anormaux lors de la prestation de ces services, le médecin traitant du Client et Lifebank devraient en être avisés.

Lifebank: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ (jj/mmm/aaaa)

Client: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ (jj/mmm/aaaa)

**6. Apporter la trousse de prélèvement de Lifebank à l'hôpital au moment de l'accouchement et prélèvement de l'échantillon de sang maternel.**

La trousse de prélèvement de Lifebank DOIT être emportée à l'hôpital par le Client et DOIT rester à la température ambiante. Les agences d'accréditation et réglementaires exigent qu'un échantillon de sang maternel soit prélevé au moment de l'accouchement. Sauf s'il en a été convenu autrement par écrit, le client est responsable du coût associé au prélèvement de l'échantillon de sang maternel si ce service est confié à une tierce partie.

**7. Prendre des dispositions pour l'expédition du sang de cordon**

Sauf s'il a été convenu autrement par écrit, le Client est responsable de l'envoi du sang ombilical à l'unité désignée de Lifebank. En utilisant l'emballage fourni par Lifebank, le sang ombilical DOIT ÊTRE ÉTIQUETÉ ET EXPÉDIÉ DÈS QUE POSSIBLE à Lifebank, conformément aux instructions contenues dans la trousse de prélèvement de Lifebank. Sauf s'il a été convenu autrement par écrit, le Client est responsable du coût de la préparation et de l'expédition du sang ombilical prélevé.

**8. Aviser Lifebank des dispositions de l'expédition**

Le Client **DOIT TÉLÉPHONER** pour aviser Lifebank des détails de l'expédition. Contactez Lifebank conformément au document intitulé « Étapes importantes à suivre » (formulaire 6) contenu dans la trousse de prélèvement.

**9. Aviser Lifebank de tout changement d'adresse et/ou de numéro de téléphone**

Le Client consent à aviser Lifebank rapidement de tout changement d'adresse et/ou de numéro de téléphone ou des détails de carte de crédit tant que cet accord sera en vigueur.

**10. Aviser en cas de fin de contrat**

Le Client a le droit de mettre fin à cet accord à tout moment et devra fournir à Lifebank un préavis écrit de fin d'accord d'au moins 30 jours. Le Client sera responsable du paiement de tous les frais exigibles par Lifebank pour des services dispensés jusqu'à la date de la fin de l'accord, en plus de défrayer les coûts encourus par Lifebank pour se débarrasser du sang ombilical conformément aux instructions du Client. Si le Client met fin à cet accord, tous les frais de conservation prépayés seront retenus par Lifebank comme dommage et intérêts.

**11. Paiement des frais de traitement et de conservation cryogénique**

Ces frais concernent les prélèvements de sang ombilical effectués au Canada. Tous les frais sont énoncés en dollars canadiens. Sauf si convenu autrement par écrit, **tous les coûts d'expédition et les coûts associés au prélèvement de l'échantillon de sang maternel confié à une tierce partie doivent être payés par le Client. Les taxes applicables seront ajoutées à tous les frais.**

**Frais uniques d'enregistrement familial**

Des frais de 155 \$ (**non remboursables**) sont dus avant l'expédition de la trousse de prélèvement. Ces frais ne seront pas facturés si le Client conserve déjà un échantillon chez Lifebank.

**Frais de traitement**

Des frais de 795 \$ seront payables au moment du traitement de l'échantillon de sang ombilical du premier ou unique enfant né d'une grossesse. Des frais supplémentaires de 397,50 \$ seront payables au moment du traitement de chaque échantillon de sang ombilical de tout enfant supplémentaire né d'une même grossesse (dans le cas de naissances gémellaires ou multiples).

**Frais d'entreposage**

Des frais annuels de 125 \$ seront payables pour chaque échantillon conservé, à partir de la date où l'échantillon est conservé et annuellement par la suite, le 1<sup>er</sup> jour du mois de naissance de l'enfant pendant toute la durée de l'accord. Au cas où l'option de prépaiement serait choisie, les frais d'entreposage seraient égaux à 100 \$ par an pendant 18 ans, payables conformément à l'option choisie.

**Frais administratifs**

Des frais administratifs de 25 \$ sont payables pour chaque retard de paiement, pour chaque paiement retourné impayé par la banque du payeur et pour chaque paiement non reçu à la date due.

**12. Options de paiement – Les taxes applicables seront ajoutées à tous les frais. Les coûts d'expédition et de prélèvement d'échantillon de sang maternel seront rajoutés s'ils sont payés par Lifebank.**

Placez un « X » dans la case appropriée de la modalité de paiement pour laquelle vous souhaitez opter.

Lifebank: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ (jj/mmm/aaaa)

Client: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ (jj/mmm/aaaa)

12. (suite)

<input type="checkbox"/> <b><u>Plan de paiement A – Annuel 18 ans</u></b>	<b>Total pour un enfant</b>	<b>Total pour des jumeaux</b>	<b>Total pour des triplets</b>
● <b>Payables au moment de l'enregistrement</b> – Frais d'enregistrement familial uniques	<u>155,00</u>	<u>155,00</u>	<u>155,00</u>
● <b>Payables quand l'échantillon est traité :</b> – Frais de traitement – 795 \$ plus 397,50 \$ pour les échantillons supplémentaires issus de la même grossesse – Plus frais d'entreposage de la première année – 125 \$ par échantillon	795,00 <u>125,00</u> <u>920,00</u>	1 192,50 <u>250,00</u> <u>1 442,50</u>	1 590,00 <u>375,00</u> <u>1 965,00</u>
● <b>Payables annuellement par la suite pendant 17 ans</b> le 1 <sup>er</sup> jour du mois de naissance de l'enfant – frais d'entreposage – 125 \$ par échantillon par an	<u>125,00</u>	<u>250,00</u>	<u>375,00</u>

<input type="checkbox"/> <b><u>Plan de paiement B – Annuel 18 ans – Paiements différés</u></b>	<b>Total pour un enfant</b>	<b>Total pour des jumeaux</b>	<b>Total pour des triplets</b>
● <b>Payables au moment de l'enregistrement</b> – Frais d'enregistrement familial uniques	<u>155,00</u>	<u>155,00</u>	<u>155,00</u>
● <b>Payables quand l'échantillon est traité :</b> – Frais de traitement – 265 \$ plus 132,50 \$ pour les échantillons supplémentaires issus de la même grossesse – Plus frais d'entreposage de la première année – 125 \$ par échantillon	265,00 <u>125,00</u> <u>390,00</u>	397,50 <u>250,00</u> <u>647,50</u>	530,00 <u>375,00</u> <u>905,00</u>
● <b>Payables 3 mois après la naissance de l'enfant :</b> – Frais de traitement – 265 \$ plus 132,50 \$ pour les échantillons supplémentaires issus de la même grossesse – Plus frais d'administration – 25 \$	265,00 <u>25,00</u> <u>290,00</u>	397,50 <u>25,00</u> <u>422,50</u>	530,00 <u>25,00</u> <u>555,00</u>
● <b>Payables 6 mois après la naissance de l'enfant :</b> – Frais de traitement – 265 \$ plus 132,50 \$ pour les échantillons supplémentaires issus de la même grossesse – Plus frais d'administration – 25 \$	265,00 <u>25,00</u> <u>290,00</u>	397,50 <u>25,00</u> <u>422,50</u>	530,00 <u>25,00</u> <u>555,00</u>
● <b>Payables annuellement par la suite pendant 17 ans</b> le 1 <sup>er</sup> jour du mois de naissance de l'enfant – Frais d'entreposage – 125 \$ par échantillon par an	<u>125,00</u>	<u>250,00</u>	<u>375,00</u>

<input type="checkbox"/> <b><u>Plan de paiement C - Prépaiement pour 18 ans</u></b>	<b>Total pour un enfant</b>	<b>Total pour des jumeaux</b>	<b>Total pour des triplets</b>
● <b>Payables au moment de l'enregistrement</b> – Frais d'enregistrement familial unique	<u>155,00</u>	<u>155,00</u>	<u>155,00</u>
● <b>Payables quand l'échantillon est traité :</b> – Frais de traitement – 795 \$ plus 397,50 \$ pour les échantillons supplémentaires issus de la même grossesse – Plus frais d'entreposage prépayés – 1 800 \$ par échantillon	795,00 <u>1 800,00</u> <u>2 595,00</u>	1 192,50 <u>3 600,00</u> <u>4 792,50</u>	1 590,00 <u>5 400,00</u> <u>6 990,00</u>
● <b>Par la suite, aucuns frais d'entreposage ne seront dus pendant toute la durée de l'accord (18 ans, se terminant le jour du 18<sup>e</sup> anniversaire de l'enfant)</b>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>

Lifebank: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ (jj/mmm/aaaa)

Client: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ (jj/mmm/aaaa)

12. (suite)

<input type="checkbox"/> <u>Plan de paiement D–Annuel 18 ans–Paiements différés</u>	Total pour un enfant	Total pour des jumeaux	Total pour des triplets
●Payables au moment de l'enregistrement – Frais d'enregistrement familial unique	<u>155,00</u>	<u>155,00</u>	<u>155,00</u>
●Payables quand l'échantillon est traité : – Frais de traitement – 295 \$ plus 147,50 \$ pour les échantillons supplémentaires issus de la même grossesse – Plus frais d'entreposage de la première année – 100 \$ par échantillon	295,00 <u>100,00</u> <u>395,00</u>	442,50 <u>200,00</u> <u>642,50</u>	590,00 <u>300,00</u> <u>890,00</u>
●Payables pour chacune des 5 mensualités consécutives, à commencer un mois après la date de naissance de l'enfant : – Frais de traitement – 100 \$ plus 50,00 \$ pour les échantillons supplémentaires issus de la même grossesse – Plus frais d'entreposage prépayés – 340 \$ par échantillon – Plus frais d'administration – 25 \$	100,00 <u>340,00</u> <u>25,00</u> <u>465,00</u>	150,00 <u>680,00</u> <u>25,00</u> <u>855,00</u>	200,00 <u>1 020,00</u> <u>25,00</u> <u>1 245,00</u>
●Par la suite, aucuns frais d'entreposage ne seront dus pendant toute la durée de l'accord (18 ans, se terminant le jour du 18 <sup>e</sup> anniversaire de l'enfant)	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>

13. **Autorisation de paiement**

J'autorise Lifebank à débiter la carte de crédit suivante pour les modalités de paiement choisies :

Visa : \_\_\_ Mastercard : \_\_\_ N° de carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Nom du titulaire de la carte : \_\_\_\_\_

Signature autorisée : \_\_\_\_\_

C. **GÉNÉRAL :**

1. **Loi applicable**

Cet accord s'appliquera conformément aux lois en vigueur de la province de la Colombie-Britannique et tout conflit relatif à cet accord ou qui en est issu sera résolu exclusivement par les tribunaux de la Colombie-Britannique, au Canada.

2. **Langue**

Les parties reconnaissent leur volonté expresse que le présent accord ainsi que tous les documents et les contrats s'y rattachant directement ou indirectement soient rédigés en Français.

3. **Force majeure**

Si l'accomplissement de cet accord ou de toute obligation issue de cet accord est empêché, restreint ou gêné en raison d'un incendie, d'un tremblement de terre ou de toute autre catastrophe ou accident, grève ou désaccord avec le personnel, d'une guerre ou d'autres formes de violence, toute loi, ordre, proclamation, ordonnance, demande ou exigence de toute agence gouvernementale, ou toute autre loi ou condition en dehors du contrôle de Lifebank, Lifebank sera dégagée de toute obligation d'exécution après en avoir promptement avisé le Client.

4. **Accord indivisible**

Cet accord, avec le consentement éclairé, le formulaire d'autorisation de prélèvement de sang ombilical et de décharge de responsabilité ainsi que le questionnaire de renseignement sur la santé du Client, constitue la totalité de la convention passée entre Lifebank et le Client et se substitue à tout contrat antérieur, oral ou écrit, passé entre Lifebank et le Client concernant le sujet de la présente. Tout amendement ou modification de ce contrat ou tout document subséquent doit être rédigé et signé par le Client, et le cas échéant, Lifebank.

\_\_\_\_\_  
Signature du Client

jj/\_\_\_\_ mmm/\_\_\_\_ aaaa\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Lifebank

jj/\_\_\_\_ mmm/\_\_\_\_ aaaa\_\_\_\_\_  
Date

**ÉTAPE 3**

**COMPTE INDIVIDUEL**  
**QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DU CLIENT**  
**(TOUS LES RENSEIGNEMENTS SONT STRICTEMENT CONFIDENTIELS)**

**1. Renseignements sur la mère (mère de l'enfant à naître)**

- Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom et initiale du deuxième prénom : \_\_\_\_\_
- Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : jj/\_\_\_ mmm/\_\_\_ aaaa \_\_\_\_\_ Date prévue de l'accouchement : jj/\_\_\_ mmm/\_\_\_ aaaa \_\_\_\_\_
- N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ (pour l'identification de l'échantillon uniquement)
- Emploi : \_\_\_\_\_ N° de téléphone au travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- N° de téléphone à domicile : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N° de cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Courriel : \_\_\_\_\_
- Césarienne prévue : Oui  Non
- Naissances multiples (c'est-à-dire, jumeaux) : Oui  Non  Si Oui, Identiques  Fraternelles  Autre
- **Adresse postale permanente :**  
 N° d'appartement/Adresse du domicile : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- Nationalité : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_
- Pays de résidence permanente : \_\_\_\_\_
- De quel groupe ethnique vous considérez-vous membre?  
Caucasien  Africain  Asiatique  Européen  Première nation  du Moyen-Orient  Hispanique  Autre   
 Si autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**2. Renseignements sur le père (père de l'enfant à naître)**

- Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom et initiale du deuxième prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : jj/\_\_\_ mmm/\_\_\_ aaaa \_\_\_\_\_
- Emploi : \_\_\_\_\_ N° de téléphone au travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- N° de téléphone à domicile : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N° de cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Courriel : \_\_\_\_\_
- Nationalité : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_
- Pays de résidence permanente : \_\_\_\_\_
- De quel groupe ethnique vous considérez-vous membre ?  
Caucasien  Africain  Asiatique  Européen  Première nation  du Moyen-Orient  Hispanique  Autre   
 Si autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_



### 3. Lieu d'accouchement (hôpital ou autre) et informations médicales professionnelles

- Lieu d'accouchement (hôpital ou autre) : \_\_\_\_\_
- N° de téléphone du lieu d'accouchement (hôpital ou autre) : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Nom du médecin obstétricien ou de la sage-femme : \_\_\_\_\_
- N° de téléphone du médecin obstétricien/sage-femme : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- N° de fax du médecin obstétricien/sage-femme : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_
- N° de téléphone du médecin de famille : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Les questions suivantes doivent être complétées par la mère et le père de l'enfant à naître (parents biologiques). Répondez *OUI* ou *NON* aux questions, en marquant un X dans la case correspondante. Un questionnaire incomplet pourra aboutir à des restrictions réglementaires appliquées sur l'utilisation et/ou la conservation des cellules souches de sang ombilical de votre enfant.

Veuillez contacter Lifebank Corp. si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant la manière de remplir ce questionnaire.

### 4. Questionnaire de santé

	Mère		Père	
	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<u>Vous sentez-vous bien et en bonne santé?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>AVEZ-VOUS :</u>				
1. <u>(a) eu des complications au cours de votre grossesse?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<u>(b) eu des complications au cours de toute autre grossesse?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. <u>eu des problèmes de santé avant cette grossesse?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. <u>reçu une ordonnance pour des médicaments au cours de la grossesse pour quelque raison que ce soit, à l'exception des vitamines, suppléments de fer ou du Diclectin?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. <u>conçu grâce à un don de sperme, don d'ovule ou par mère porteuse? Si « OUI », joindre les antécédents familiaux, s'ils sont disponibles.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. <u>déjà tenté de prélever du sang ombilical en utilisant votre nom actuel ou un autre nom auprès de cette banque de sang?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• <u>AVEZ-VOUS DÉJÀ :</u>				
6. <u>reçu des hormones de croissance dérivées de l'hypophyse d'origine humaine?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <u>reçu une greffe de la dure-mère (ou la membrane qui recouvre le cerveau)?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <u>reçu un diagnostic de trouble hématologique (leucémie), hémorragique (hémophilie) ou de la coagulation?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <u>eu des crises d'épilepsie, des convulsions ou des pertes de connaissance?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <u>reçu le diagnostic de la malaria ou de la rage?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <u>été différé(e) ou refusé(e) pour un don de sang ou un don de sang de cordon?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <u>eu des infections, des interventions chirurgicales ou une maladie grave comme une maladie cardiaque, une maladie pulmonaire, un cancer, la leucémie, un lymphome, un mélanome, le diabète, des douleurs dans la poitrine, de l'asthme ou le souffle court?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Questionnaire de santé (suite)

	Mère		Père	
	OUI	NON	OUI	NON
• <u>AVEZ-VOUS DÉJÀ :</u>				
13. souffert d'une hépatite, d'une jaunisse, d'une maladie hépatique ou reçu une analyse sanguine positive pour l'hépatite A (VHA), B (VHB), ou C (VHC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. eu une maladie parasitaire du sang telle la maladie de Lyme, la maladie de Chagas, la babésiose ou la leishmaniose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. subi(e) un typage HLA (de l'anglais: Human Leukocyte Antigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. eu des signes cliniques ou biochimiques (un test de laboratoire positif) du VIH, du HTLV-I ou du HTLV-II ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. eu des signes cliniques ou biochimiques (un test de laboratoire positif) du virus du papillome humain ou de la syphilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. eu le SIDA ou tout autre de ses complications (leucoencéphalopathie multifocale ou lymphome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. eu un partenaire sexuel qui était atteint du SIDA (VIH) ou de toute autre de ses complications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>AVEZ-VOUS DÉJÀ (QUE CE SOIT VOUS OU UN PARTENAIRE SEXUEL) :</u>				
20. reçu de l'argent ou des drogues en échange de rapports sexuels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. utilisé une aiguille pour prendre des drogues qui n'étaient pas prescrites par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. été détenu(e) dans un établissement pénitentiaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. eu des rapports sexuels avec une personne atteinte d'hémophilie ou de trouble de la coagulation qui aurait reçu des concentrés de facteur de coagulation d'origine humaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. eu des rapports sexuels avec un homme ayant eu des rapports sexuels avec un autre homme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. été exposé(e) à du sang connu comme étant infecté par le VIH, le VHB ou le VHC, ou soupçonné de l'être, par le biais d'inoculations percutanées ou par contact avec une plaie ouverte, une peau non intacte, ou une muqueuse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Êtes-vous né(e), ou avez-vous vécu, en Afrique depuis 1977?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Depuis 1977, avez-vous reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins en Afrique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Avez-vous eu des rapports sexuels avec une personne née ou ayant vécu en Afrique depuis 1977?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>AVEZ-VOUS DÉJÀ :</u>				
29. reçu le diagnostic de la maladie de Creutzfeldt-Jakob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. passé un total de 3 mois ou plus au Royaume-Uni (Angleterre, Irlande du Nord, Écosse, Pays de Galles, Île de Man ou dans les Îles anglo-normandes) entre le 1er janvier 1980 et le 31 décembre 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. **Questionnaire de santé** (suite)

	Mère		Père	
	OUI	NON	OUI	NON
• <b><u>AVEZ-VOUS DÉJÀ :</u></b>				
31. <b><u>été au Royaume-Uni, en France ou ailleurs en Europe depuis 1980?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Si OUI, avez-vous reçu une transfusion sanguine ou tout autre traitement médical avec un produit sanguin?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. <b><u>passé un total de 3 mois ou plus en France, entre le 1er janvier 1980 et le 31 décembre 1996?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. <b><u>passé un total de 5 ans ou plus en Europe, entre le 1er janvier 1980 et la date actuelle?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. <b><u>été un membre de l'armée militaire, un employé civil de l'armée militaire ou un membre dépendant de l'armée militaire entre 1980 et 1996?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b><u>AU COURS DE L'ANNÉE PASSÉE, AVEZ-VOUS :</u></b>				
35. <b><u>fait l'objet de soins de la part d'un médecin (pour une autre raison que la grossesse) ou été atteint(e) d'une grave maladie ou subi une intervention chirurgicale?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. <b><u>pris des médicaments ou la pilule sous ordonnance?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. <b><u>été exposé(e) à une personne atteinte d'hépatite active ou de jaunisse?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. <b><u>reçu des résultats de test positifs ou un traitement pour la chlamydia, la gonorrhée ou toute autre maladie sexuellement transmissible?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. <b><u>reçu du sang, des produits sanguins, dérivés du sang ou une greffe de tissu ou d'organe?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. <b><u>reçu des injections ou des vaccins (c'est-à-dire rage, hépatite)?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. <b><u>été tatoué(e), reçu des perçages, utilisé l'électrolyse, l'acupuncture, été blessé(e) accidentellement par une aiguille de seringue, été mordu(e) gravement par un humain ou été en contact avec le sang d'une autre personne?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b><u>AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, AVEZ-VOUS :</u></b>				
42. <b><u>été examiné(e) par un médecin (pour autre chose qu'un examen de routine) ou été hospitalisé(e)?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b><u>AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES, AVEZ-VOUS :</u></b>				
43. <b><u>voyagé en dehors des États-Unis ou du Canada? (année, lieu et durée du séjour)</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. <b><u>été traité(e) contre la malaria ou la rage?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. <b><u>pris de l'Accutane?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b><u>AU COURS DES HUIT DERNIÈRES SEMAINES, AVEZ-VOUS :</u></b>				
46. <b><u>eu des contacts avec une personne ayant été vaccinée contre la variole?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b><u>AU COURS DES 21 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS :</u></b>				
47. <b><u>été conseillé(e) de vous placer en quarantaine?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. <b><u>eu un contact quelconque avec une personne soupçonnée d'être atteinte ou atteinte d'une maladie infectueuse transmissible (ex. : H1N1)?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. <b><u>reçu le diagnostic d'une infection quelconque (ex. : encéphalite active ou méningite virale ou d'étiologie inconnue)</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. <b><u>été atteint(e) d'une maladie fébrile non diagnostiquée?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. <b><u>eu la connaissance de toute personne située dans votre zone géographique ayant reçu le diagnostic d'une infection au virus du Nil de l'Ouest?</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







# L I F E B A N K

La conversation de nos cellules les plus précieuses™

Sous l'autorité de la Loi sur les aliments et drogues de Santé Canada et conformément au *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation (Règlement sur les CTO)*, Lifebank demande que ce formulaire soit rempli par un médecin traitant ou sage-femme :

Je, \_\_\_\_\_, reconnais avoir demandé à Lifebank de  
*Nom de la patiente (en caractères d'imprimerie)*

traiter et d'entreposer les cellules souches de sang de cordon ombilical de mon nouveau-né.

Je, \_\_\_\_\_, reconnais avoir exécuté  
*Nom du médecin / sage-femme (en caractères d'imprimerie)*

un examen médical ou révisé les résultats d'un tel examen exécuté au cours de cette grossesse pour cette patiente, et n'avoir constaté **AUCUN** signe physique laissant soupçonner un comportement à risque élevé (VIH, HTLV, hépatite B ou C et maladies transmissibles sexuellement), un signe de tumeur maligne ou une maladie virale ou bactérienne.

\_\_\_\_\_  
*Signature du médecin / sage-femme*

\_\_\_\_\_  
*Date (jj/mmm/aaaa)*

## ÉTAPE 5



# LIFEBANK

La conversation de nos cellules les plus précieuses™

**Lifebank Corp.**  
Technology Place – BCIT Campus  
200-4475 Wayburne Drive  
Burnaby, BC V5G 4X4  
t. 604-738-2722  
f. 604-738-2726  
numéro sans frais. 1-888-888-7836  
www.lifebank.ca

## Feuille d'envoi par télécopieur Lifebank

Date : \_\_\_\_\_

À l'attention de : Enregistrements de Lifebank

Numéro de télécopieur : 604-738-2726 ou 1-888-544-2726 (gratuit)

De la part de : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nombre de pages, y compris cette page d'envoi : \_\_\_\_\_

### Comment avez-vous entendu parler de Lifebank?

- Médecin
- Famille/Amis
- TV
- Publicité
- Internet
- Autre  
(précisez \_\_\_\_\_)

### Important – Information confidentielle

Ce message est uniquement destiné à l'utilisation de la personne ou de l'entité à laquelle il s'adresse et contenir des informations privilégiées, confidentielles et soustraites à la divulgation conformément à la loi en vigueur. Toute autre forme de distribution, de copie ou de divulgation est strictement interdite. Si vous recevez ce message par erreur, veuillez nous en informer immédiatement par téléphone et nous renvoyer la transmission originale par courriel sans en faire de copie.