



**Stem Sciences Inc.**

**BANQUE DE SANG OMBILICAL**

14, av. Prince Arthur, bureau 110, Toronto (Ontario) M5R-1A9  
Tél. : (514) 639-6800, Téléc.: (514) 639-6800, Sans frais: 1 (877) 639-6800  
Courriel : info@stemsciences.com

Aux futurs parents,

Félicitations! Vous avez décidé de participer au programme de banque de sang ombilical de Stem Sciences Inc. Veuillez prendre un moment pour lire attentivement les documents ci-joints et remplir les formulaires suivants :

1. **FORMULAIRE D'INSCRIPTION.** Le document sert à vous identifier et à nous fournir vos coordonnées.
2. **ENTENTE.** L'entente est conclue entre les futurs parents et Stem Sciences Inc. dans le but de confirmer que les parents comprennent le concept et les limites d'une banque de sang ombilical et qu'ils conviennent de toutes les conditions associées au processus de prélèvement et de cryoconservation de sang ombilical.
3. **QUESTIONNAIRE DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.** Le questionnaire confidentiel nous renseigne sur vos antécédents médicaux et nous permet de déterminer si vous êtes des candidats admissibles au programme de banque de sang ombilical.
4. **AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATION.** La lettre autorise votre médecin/établissement de santé à faire parvenir une copie des résultats de vos tests sanguins à Stem Sciences Inc.
5. **INSTRUCTIONS POUR PRÉLÈVEMENT DE FAIBLE VOLUME.** Advenant le cas où le volume de sang ombilical prélevé soit moins de 40 ml, vous devez nous indiquer si vous voulez que nous traitions votre échantillon de sang ombilical ou non.
6. **FORMULAIRE DE PAIEMENT.** Le formulaire décrit notre barème d'honoraires et les modalités de paiement.
7. **AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉLÈVE LE SANG OMBILICAL.** Le document donne à votre fournisseur de soins de santé le pouvoir de prélever/ne pas prélever votre sang ombilical en fonction des conditions particulières de votre accouchement.
8. **MODE D'EMPLOI DE LA TROUSSE DE PRÉLÈVEMENT DE SANG OMBILICAL.** Le document décrit les étapes que le médecin/la sage femme qui dirige votre accouchement devra suivre pour obtenir les échantillons de sang maternel et de sang ombilical.
9. **TRANSPORT DU SANG OMBILICAL.** Le document décrit les diverses façons dont vous pouvez faire parvenir le sang ombilical au laboratoire de Stem Sciences Inc.

**Inscription : Grâce à notre technologie évoluée BioArchive<sup>®</sup>, vous pouvez vous inscrire à notre service en tout temps pendant votre grossesse. Cependant, pour votre propre tranquillité d'esprit, nous vous recommandons de le faire sans tarder.**

**Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec notre service de soutien au 1 (877) 639-6800.**

**English Toll Free : 1-866-730-0800**

Nous vous remercions d'avoir choisi Stem Sciences Inc.

## Les banques de sang ombilical

Les progrès de la science médicale ont permis de constater que le sang du cordon ombilical est une source utile et viable de cellules souches productrices de sang. Les cellules souches sont les éléments constitutifs fondamentaux de notre sang et de notre système immunitaire et elles se trouvent normalement dans la moelle osseuse. Les cellules souches se multiplient tout au long de la vie et elles se transforment en globules rouges, en globules blancs et en plaquettes. En raison de certaines maladies ou des effets secondaires de la chimiothérapie ou de la radiothérapie, la moelle osseuse peut cesser de fonctionner. Advenant le cas, une greffe de cellules souches sera nécessaire pour régénérer la moelle osseuse.



À la naissance, une fois le cordon ombilical clampé et sectionné, le reste du cordon et le placenta, y compris le sang qui s'y trouve, sont considérés des déchets biomédicaux et donc jetés. Un procédé simple, indolore et ne posant aucun risque permet au médecin ou à la sage-femme qui dirige votre accouchement d'utiliser notre trousse de prélèvement de sang ombilical pour extraire le sang ombilical, riche en cellules souches, des vaisseaux sanguins du placenta et du cordon ombilical. La méthode de prélèvement de sang ombilical ne constitue aucun risque pour la mère ou l'enfant et ne devrait nuire aucunement aux pratiques normales de votre fournisseur de soins de santé. Le sang ombilical ainsi prélevé est acheminé aux installations spécialisées en stockage cryogénique de Stem Sciences Inc. Dans nos laboratoires, nous isolons la cellule nucléée du sang ombilical qui comprend les cellules souches, nous l'étiquetons au moyen d'un code à barres et nous lui attribuons son identité unique sous le nom de la mère, avant de la soumettre à la cryoconservation pour stockage à long terme.

Les cellules du sang ombilical peuvent être utilisées, en premier lieu, pour l'enfant duquel il a été prélevé. Cependant, selon le degré de compatibilité, il est fort possible que d'autres membres de la famille immédiate puissent également profiter de ces cellules souches de sang ombilical. Les cellules souches du sang ombilical sont uniquement destinées à l'usage de la famille et ne sont pas mises à la disposition d'organismes publics.

Les cellules souches du sang ombilical ont été utilisées avec succès dans la gestion d'un nombre croissant de cancers et de maladies du sang, dont : **Affections malignes** : leucémie lymphocytaire aiguë, leucémie myélocitaire aiguë, leucémie myélogène chronique juvénile, leucémie myélogène chronique, leucémie lymphocytaire chronique, neuroblastome, syndrome myélodysplasique, lymphome non hodgkinien, maladie de Hodgkin. **Affections bénignes** : anémie de Fanconi, anémie aplastique idiopathique, thalassémie, hémoglobinopathie S, thrombocytopénie amégakaryoctic, syndrome Kostman, anémie de Blackfan-Diamond, immunodéficience combinée grave, syndrome lymphoprolifératif relié au chromosome X, syndrome de Wiskott-Aldrich, maladie de Hurler, syndrome de Hunter, maladie de Gunther, ostéopétrose, leucodystrophie cellule globoïde krabbe, leucodystrophie avec insuffisance surrénale, syndrome de Lesch-Nyhan. Il ne s'agit là que d'une liste partielle. Bon nombre d'autres affections traitées par des greffes de moelle osseuse peuvent vraisemblablement l'être par les cellules souches du sang ombilical.

**Pourquoi utiliser des cellules souches de sang ombilical?** Les principaux avantages d'utiliser des cellules souches de sang ombilical plutôt que des cellules souches de moelle adulte sont, entre autres, qu'elles sont facilement disponibles, que leur coût d'acquisition est peu élevé, qu'elles présentent moins de risques d'infections virales et qu'elles réduisent largement la possibilité de contracter une « réaction de greffe contre hôte » mortelle.



**Traitement du sang ombilical.** Tous les échantillons de sang ombilical sont traités dans nos installations spécialisées de traitement de sang ombilical de Stem Sciences Inc. où nous utilisons la technologie de stockage de cellules souches la plus moderne qui soit. Stem Sciences Inc. est la première entreprise canadienne à utiliser le système BioArchive®, conçu par Thermogenesis Inc. en collaboration avec le New York Blood Center, de renommée mondiale. La technologie habilitante du système BioArchive® lui confère des avantages techniques pointus et de sécurité inégalés des échantillons en comparaison à toute autre solution de cryoconservation. Le système BioArchive® constitue la technologie de choix pour les thérapies cellulaires de l'avenir.

Dans des conditions idéales, il est possible de prélever et de traiter 150 ml de sang ombilical. Cependant, les volumes prélevés sont généralement inférieurs.

Il n'existe aucune règle stricte pour déterminer le volume minimum de sang ombilical qui devrait être conservé. Grâce à la possibilité de reproduire les cellules par culture en laboratoire, nous estimons que des volumes inférieurs au minimum généralement reconnu de 40 ml peuvent également produire un nombre substantiel de cellules et qu'il faudrait les conserver. Nous vous aviserons du volume de sang que nous avons reçu de votre enfant et si vous décidez de ne pas les conserver, nous nous en départirons de façon appropriée.



### Pendant combien de temps peut-on conserver le sang ombilical?

Les cellules nucléées présentes dans le sang ombilical sont concentrées et soumises à la cryoconservation dans l'azote liquide à des températures de -196°C. L'ajout du cryoprotecteur DMSO nous permet de congeler les cellules jusqu'à ce qu'on en ait besoin. Des rapports initiaux dans les ouvrages scientifiques indiquent qu'il est possible de conserver les cellules souches pendant des périodes pouvant aller jusqu'à 15 ans, sans perte marquée d'activité. L'expérience acquise de la cryoconservation des cellules humaines en général a démontré qu'il est sans doute possible de les conserver plus longtemps avec la technologie actuelle. Seul le temps nous permettra de déterminer avec précision la durée de vie des cellules.

### Dépistage des maladies infectieuses

Des échantillons de sang maternel prélevés à l'accouchement seront soumis à des tests de dépistage des maladies transmissibles suivantes : HIV (SIDA),

HTLV, VDRL, CMV, syphilis, hépatite B et hépatite C. Le sang ombilical subira des tests de contamination bactérienne. Tout signe d'infection/d'exposition à ces maladies rendra le sang ombilical inacceptable pour la conservation.

**L'avenir.** Depuis la première greffe de sang ombilical en 1988, d'énormes progrès ont été accomplis pour mieux comprendre et utiliser les cellules souches de sang ombilical. Des développements encourageants permettent de comprendre la nature des cellules souches et leurs applications dans la gestion de maladies et d'affections présentement considérées incurables. Déjà, l'évidence expérimentale accumulée indique que des progrès ont été réalisés dans le rétablissement et la guérison d'affections comme les accidents cérébrovasculaires. La manipulation des cellules souches par la biologie moléculaire pour insérer ou corriger des séquences de gènes ouvrira de nouvelles possibilités dans le traitement de maladies comme l'hémoglobinopathie S, l'hémophilie, la maladie d'Alzheimer, le diabète, la maladie de Parkinson et d'autres maladies génétiques et infectieuses. De plus, la recherche dans le domaine de l'expansion des cellules souches est absolument fascinante en ce qu'elle permettrait aux scientifiques d'accroître le nombre de cellules souches/progénitrices par culture en laboratoire à des niveaux qui amélioreraient les chances de succès d'une greffe.

**La décision est vôtre.** Conserver les cellules souches de votre bébé est une décision importante que vous seuls, les parents, pouvez prendre. Si vous craignez regretter un jour de ne pas avoir préservé les cellules souches de votre bébé, si vous voulez profiter des thérapies émergentes qui utilisent les cellules souches ou encore, si vous recherchez tout simplement la tranquillité d'esprit, vous devriez sérieusement songer à conserver les cellules souches du sang ombilical de votre bébé.

**Barème d'honoraires.** Stem Sciences Inc. est en mesure de conserver les cellules souches du sang ombilical de votre bébé à moindre frais dans ses installations de pointe BioArchive®, les premières du genre au Canada consacrées à la conservation des cellules souches. On estime que plus de 70 % des unités de cellules souches de sang ombilical qui ont servi à des greffes à l'échelle mondiale ont été traitées dans des installations qui font appel au système BioArchive®.

**Frais de transport:** Les frais de transport par messagerie, si applicables, sont à la charge des parents. Après avoir été recueilli, le sang du cordon doit être livré chez Stem Sciences dans un court délai. : à l'extérieur des grands centres, un service de messagerie (garanti en 24 heures) sera requis.

**Inscription : Grâce à notre technologie évoluée BioArchive®, vous pouvez vous inscrire à notre service en tout temps pendant votre grossesse.**

Cependant, pour votre propre tranquillité d'esprit, nous vous recommandons de le faire sans tarder.

Consultation/Séance d'information	Gratuit
Inscription et trousse de prélèvement de sang – non remboursable	120,00 \$ + TPS
Traitement et cryoconservation	530,00 \$ + TPS
<b>Test infectieux de maladie</b>	175,00 \$ + TPS
Première année de stockage	120,00 \$ + TPS
<b>Coût total – première année</b>	<b>925,00 \$ + TPS</b>
Frais annuels de stockage – chaque année additionnelle	120,00 \$ + TPS
Frais de transport et manutention en sus.	

### Les frais sont fixes pour la durée de votre contrat.

Veillez noter que votre médecin et votre hôpital peuvent charger des frais administratifs ou de prélèvement additionnels. Pour vous renseigner davantage sur cette occasion unique de conserver les cellules souches du cordon ombilical de votre bébé, n'hésitez pas à communiquer avec nous ou à nous rendre visite. Notre personnel accueillant se fera un plaisir de vous expliquer en détail notre programme d'inscription simple et abordable.

#### STEM SCIENCES INC.

Banque de sang ombilical  
14, av. Prince Arthur, bureau 110,  
Toronto (Ontario) M5R-1A9  
Tél. : 1 (514) 639.6800, Téléc. : 1 (514) 639.6800

**Sans frais : 1 (877) 639.6800**

Courriel : [info@stemsciences.com](mailto:info@stemsciences.com) Site Web : [www.stemsciences.com](http://www.stemsciences.com)

#### STEM SCIENCES INC.

Umbilical Cord Blood Bank  
14 Prince Arthur Avenue Suite # 110,  
Toronto, Ontario, Canada, M5R-1A9  
Telephone: 416-730-0800, Fax: 416-730-0741

**Toll Free: 1-866-730-0800**

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

Je désire m'inscrire/Nous désirons nous inscrire au programme de banque de sang ombilical de SSI.


EN LETTRES MOULÉES S.V.P	MÈRE	PÈRE/CONJOINT
PRÉNOM Selon carte RAMQ		
NOM DE FAMILLE Selon carte RAMQ		
DATE DE NAISSANCE A/ M/ J/		
N° ASS. SOCIALE Optionnel		
N° CARTE RAMQ Inclure code de version		
Téléphone domicile	( )	( )
Téléphone travail	( )	( )
Cellulaire	( )	( )
Courriel		
Adresse		App. <input type="checkbox"/>
Ville		Code postal
Province		Pays

Plus proche parent	Prénom	Nom de famille
Lien de parenté		Téléphone ( )

Date prévue de l'accouchement	A/ M/ J/	Césarienne	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Jumeaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hôpital où aura lieu l'accouchement		Téléphone hôpital	( )		

Obstétricien /Sage-femme	Prénom	Nom de famille
	Téléphone ( )	Télécopieur ( )
Adresse		App. <input type="checkbox"/>
Ville		Code postal
Province		Pays

Signature de la mère. Date A/ M/ J/	Signature du père/conjoint . Date A/ M/ J/
-------------------------------------	--

	TOTAL FRAIS \$ CA	:	N° INSCRIPTION
---	-------------------	---	----------------



**Stem Sciences Inc.**

**BANQUE DE SANG OMBILICAL**

14, av. Prince Arthur, bureau 110, Toronto (Ontario) M5R-1A9  
Tél. : (514) 639-6800, Téléc.: (514) 639-6800, Sans frais: 1 (877) 639-6800  
Courriel : info@stemsciences.com

## Entente de service pour stockage de sang ombilical

Entre **Stem Sciences Inc.**  
**BANQUE DE SANG OMBILICAL**  
14, av. Prince Arthur, bureau 110, Toronto (Ontario) M5R-1A9  
Tél. (416) 730-0800 Téléc. (416) 730-0741 Courriel : [info@stemsciences.com](mailto:info@stemsciences.com)  
Ci-après appelée «Stem Sciences »

Et (EN LETTRES MOULÉES S.V.P., **selon la carte de la RAMQ**)

**Mère:** prénom: \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_ et

**Père / Conjoint:** prénom: \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

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

Ville et province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Ci-après solidairement et conjointement appelés le « Client »

Considérant que le Client attend prochainement un enfant (ci-après appelé « l'Enfant ») et souhaite prendre des arrangements en vue du stockage cryogéniques de ses cellules souches de sang de cordon recueillies au moment de la naissance;

Considérant que le Client a passé en revue et bien compris toute la documentation et le mode d'emploi que lui aura remis Stem Sciences avant de signer la présente entente ;

Considérant que le Client conclut la présente entente avec Stem Sciences au nom de l'Enfant dans le but d'obtenir le traitement, la cryoconservation et le stockage des cellules souches provenant du sang ombilical/placentaire de l'Enfant ;

Considérant que le Client s'engage à être le gardien des cellules souches de sang ombilical jusqu'à ce que l'Enfant atteigne l'âge de 18 ans, après quoi l'Enfant aura droit de propriété des cellules souches de sang ombilical ;

Considérant que le Client comprend et convient que la décision de participer au programme de stockage des cellules souches de sang ombilical de Stem Sciences est tout à fait volontaire et que le Client a le droit de se retirer du programme à n'importe quel moment ;

Considérant que le Client déclare s'être renseigné auprès d'un professionnel de la santé autre qu'un employé ou un agent de Stem Sciences sur les avantages et les risques liés au stockage des cellules souches de sang ombilical par Stem Sciences ;

Le présent document précise les conditions, les limites, les risques et les coûts associés à la participation du Client au programme de stockage des cellules souches de sang ombilical de Stem Sciences et constitue l'entente liant les parties comme suit:

1. Le préambule et les annexes A et B font partie de la présente entente .
2. Stem Sciences s'engage à fournir les services et les produits suivants :
  - 2.1 Ouvrir et maintenir un compte individuel contenant toute l'information nécessaire pour identifier de façon unique le Client et les cellules souches de sang ombilical de l'Enfant stockées par Stem sciences, ainsi que les coordonnées les plus récentes fournies par le Client permettant de le contacter.
  - 2.2 Fournir une trousse de prélèvement de sang ombilical de l'Enfant et un mode d'emploi à l'intention du Client et des prestataires de soins de santé. Dans le cas de naissances multiples, une trousse de prélèvement distincte sera fournie pour chaque enfant dans la mesure où Stem Sciences en aura été avisée par le Client.
  - 2.3 Fournir l'étiquetage, l'analyse, le traitement et la cryoconservation des cellules souches de sang ombilical de l'Enfant pour le stockage à long terme à des températures cryogéniques, pour la durée de la présente entente.
3. Le Client a la responsabilité de:
  - 3.1 Fournir toute l'information demandée sur le formulaire d'inscription et le questionnaire des antécédents médicaux et remplir les formulaires de consentement pour le prélèvement, le traitement, le transport du sang ombilical et pour les

tests de dépistage des maladies infectieuses. Tous les documents doivent être dûment signés par le Client, datés et retournés à Stem Sciences avant la naissance de l'Enfant en temps utile.

- 3.2 Payer tous les frais d'inscription, de traitement et de stockage exigibles conformément à la grille tarifaire, tel qu'indiqués à l'Annexe A.
- 3.3 S'assurer que des copies des résultats de tests prénataux soient envoyées à Stem Sciences .
- 3.4 Confirmer à Stem Sciences que la trousse de prélèvement de sang ombilical et le mode d'emploi a bien été reçue.
- 3.5 Apporter la trousse de prélèvement de sang ombilical à l'établissement où l'accouchement aura lieu et veiller à informer le personnel médical/ et/ou le médecin en charge de l'accouchement que le Client participe au programme de stockage de sang ombilical de Stem Sciences.
- 3.6 Aviser Stem Sciences dès que la mère entre en phase décisive d'accouchement et lorsque l'Enfant naît et que le sang ombilical a été prélevé avec succès.
- 3.7 Veiller à ce que la fiche d'information sur l'accouchement soit dûment remplie par le médecin ou le professionnel de la santé mandaté pour l'accouchement.
- 3.8 Prendre les dispositions pour l'emballage et le transport du sang ombilical à Stem Sciences dans la boîte pré-étiquetée. Le sang ombilical doit être expédié au laboratoire de Stem Sciences IMMÉDIATEMENT après l'accouchement. Stem Sciences peut alors s'engager à traiter le sang ombilical dans les 24 heures de la naissance à condition d'avoir reçu le dit sang dans un délai utile. Tous les frais d'expédition et de transport sont à la charge du Client.  
Si Stem Sciences ne reçoit pas le sang ombilical dans le délai prévu, Stem Sciences se réserve le droit de ne pas traiter le sang ombilical ni de le stocker.  
Stem Sciences ne peut aucunement se porter responsable pour la récupération du sang ombilical de l'Enfant et son transport à ses installations désignées, qui sont à l'entière responsabilité du Client
- 3.9 Aviser Stem Sciences des renseignements sur l'expédition et du numéro de suivi de l'entreprise de messagerie.
- 3.10 **Tout avis mentionné dans II présente entente, à l'exception d'un changement mentionné à l'article 3.11, doit être effectué par le Client:**

**par téléphone au 514-639-6800 ou sans frais 1-877-639-6800, ou**  
**par e-mail [info@stemsciences.com](mailto:info@stemsciences.com)**

- 3.11 Aviser promptement Stem Sciences de tout changement
  - i. au point de contact du Client; et/ou
  - ii. aux renseignements pour la facturation.

4. Le Client reconnaît, comprend et convient inconditionnellement par les présentes que :

- 4.1 Le sang ombilical contient un nombre important de cellules souches et que ces cellules peuvent servir à remplacer la moelle osseuse malade ou appauvrie en raison de certaines maladies qui peuvent être mortelles comme la leucémie, les hémopathies et certains autres cancers.
- 4.2 Les techniques de cryoconservation des cellules souches de sang ombilical sont semblables à celles qui ont servi à préserver avec succès par cryoconservation la moelle osseuse et d'autres cellules humaines pour des périodes allant jusqu'à 15 ans.
- 4.3 L'utilisation des cellules souches de sang ombilical est présentement considérée comme une procédure évolutive bien que des cellules semblables provenant d'autres sources, comme la moelle osseuse, soient utilisées avec succès depuis de nombreuses années.
- 4.4 Les cellules souches de sang ombilical sont parfaitement compatibles avec l'Enfant duquel elles proviennent.
- 4.5 Il est impossible de déterminer si l'Enfant contractera un jour une maladie pouvant être traitée avec ses cellules souches de sang ombilical.
- 4.6 Il existe plusieurs sources différentes de cellules souches, comme la moelle osseuse et le sang périphérique, et ces cellules souches ont également été utilisées avec succès dans la gestion des mêmes maladies que celles traitées par les cellules souches en provenance du sang de cordon.
- 4.7 Les cellules souches de sang ombilical ne constituent pas le traitement de choix pour toutes les maladies ou troubles médicaux et la décision d'utiliser et/ou de ne pas utiliser les cellules de sang ombilical dans la gestion de toute maladie ou de tout trouble médical demeurera strictement le choix du Client et/ou de son professionnel de soins de santé.
- 4.8 D'autres sources de cellules souches ou des traitements différents pour ces maladies peuvent un jour rendre les cellules souches de sang ombilical inutiles.
- 4.9 Si le Client, l'Enfant ou le sang ombilical est porteur du VIH I et II, du HTLV I et II, de l'hépatite ou d'autres infections graves, le sang ombilical sera inacceptable pour fins de stockage.

- 4.10 Stem Sciences ne dispense aucun service médical, ne donne aucune consultation médicale et n'exécute aucune autre fonction que celles décrites aux présentes.
- 4.11 Le Client seul doit décider qui, de la personne et/ou de l'organisation, sera responsable d'extraire, d'emballer et de transporter le sang ombilical et Stem Sciences ne peut déterminer qui exécutera ces services, ni comment ils le feront.
- 4.12 Pendant l'accouchement, la sécurité de la mère et de l'Enfant est primordiale. Bien qu'elles ne se produisent que rarement, des complications peuvent survenir pendant l'accouchement et empêcher l'extraction du sang ombilical. Le médecin et/ou le professionnel traitant prendra la décision finale à savoir s'il est possible de prélever le sang ombilical et à quel moment le faire. Des différences biologiques influenceront également sur le volume de sang ombilical prélevé. Par conséquent, il se peut qu'il soit impossible d'obtenir le volume minimum de sang ombilical nécessaire pour fins de stockage. La nature de l'accouchement rend également la contamination microbienne du sang ombilical possible.
- 4.13 Il est impossible de déterminer parfaitement si le sang ombilical peut être stocké tant qu'il n'a pas été traité au laboratoire de Stem Sciences .
- 4.14 Le volume minimum de sang ombilical présentement recommandé avant traitement est 40 ml. Même si le volume de sang prélevé est supérieur au minimum requis, il n'existe aucune garantie que le nombre de cellules souches nucléées viables sera suffisant pour la greffe. Le Client doit fournir un consentement écrit s'il désire que Stem Sciences traite un volume de sang ombilical inférieur à 40 ml.
- 4.15 La technologie ou le processus servant à l'extraction, la préparation, la cryoconservation et le stockage des cellules de sang ombilical sera à l'entière discrétion de Stem Sciences .
- 4.16 Il n'existe aucune garantie que les cellules souches de l'Enfant survivront aux processus de séparation, de cryoconservation ou de dégel.
- 4.17 Une défaillance du système de stockage est toujours possible, entraînant par conséquent la perte des cellules souches de sang ombilical.

#### 5. Consentement :

- 5.1 Nous, le Client soussigné, consens à ce que mon professionnel de soins de santé prélève le sang ombilical/placentaire de mon Enfant au moment de l'accouchement. Je comprends très bien que mon professionnel de soins de santé soit celui qui prenne la décision finale à savoir si le sang ombilical doit être prélevé ou non et j'y consens.
- 5.2 Je, la mère de l'Enfant soussignée, consens au prélèvement d'échantillons de mon sang au moment de l'accouchement pour des tests de dépistage des maladies infectieuses. Je comprends très bien qu'il puisse être nécessaire de prélever et d'analyser des échantillons de sang additionnels (du mien/de celui de mon enfant) en cas d'anomalie/du résultat positif des premiers tests de dépistage des maladies infectieuses et j'y consens. Je comprends que le prélèvement de sang comporte des risques qui peuvent inclure des malaises, des ecchymoses, des rougeurs ou de l'inflammation autour du point d'insertion de l'aiguille.
- 5.3 Nous, le Client soussigné, consens à ce que Stem Sciences remette les résultats de tout test positif à mon médecin ou, si la loi l'exige, à tout organisme fédéral/provincial/municipal.
- 5.4 Nous, le Client soussigné, consens à ce que Stem Sciences procède à tous les examens et dénombrements cellulaires nécessaires pour évaluer la qualité et la viabilité des cellules souches de sang ombilical.

#### 6. Stockage des cellules souches de sang ombilical

- 6.1 Les cellules souches de sang ombilical seront stockées dans une unité de stockage spécialisée, propriété de Stem Sciences et exploitée par Stem Sciences ; cependant, Stem Sciences se réserve le droit de transférer les cellules souches de sang ombilical à une autre unité de stockage ou de changer l'emplacement de l'unité.
- 6.2 Stem Sciences n'offre aucune garantie contre la détérioration ou la perte des cellules souches de sang ombilical en raison d'une catastrophe naturelle ou d'une défaillance de l'équipement. Le Client convient par surcroît qu'il serait très difficile voir pratiquement impossible de chercher à établir des dommages-intérêts compensatoires pour la perte ou la destruction des cellules souches de sang ombilical de l'Enfant, ou pour le préjudice ou les dommages qui pourraient leur être causés, en vertu de la présente entente.
- 6.3 Le Client convient donc que, si la perte ou la destruction des cellules souches de sang ombilical du client devait survenir, ou si le préjudice ou les dommages qui pourraient leur être causés en vertu de la présente entente proviennent de la violation de ladite entente ou des obligations ou des liens créés en vertu de ladite entente qui y sont reliés, Stem Sciences ne sera responsable que du paiement des dommages-intérêts courus ne dépassant pas les frais que le client a versé pour l'inscription, le traitement et le stockage.
- 6.4 Comprenant et appréciant la nature évolutive de la science du traitement, du stockage et de l'utilisation des cellules souches du sang ombilical, le Client par les présentes renonce à toute poursuite et libère et exonère de toute responsabilité, de toute réclamation, de toute demande et cause d'action Stem Sciences et ses sociétés affiliées, ainsi que le médecin et/ou le/les professionnels traitants du Client et de l'Enfant qui ont tenté de récupérer le sang du cordon,

l'hôpital où a eu lieu l'accouchement et leurs propriétaires, conseils d'administration, administrateurs, employés, affiliés et agents respectifs.

- 6.5 Si des raisons suffisantes indépendantes de la volonté de Stem Sciences, quelles qu'elles soient, la restreignent, la retardent ou l'empêchent d'exécuter ses obligations en vertu de la présente entente, Stem Sciences en sera excusée en avisant le Client par écrit.
- 6.6 Advenant le cas où le Client omette de payer tous les frais exigibles dans les trente jours après la date d'échéance du paiement, le Client donne automatiquement à Stem Sciences le droit absolu, à l'entière discrétion de cette dernière, de mettre fin à la présente entente dès que Stem Sciences aura fait parvenir au Client un avis écrit à cet égard, sans quelque autre formalité ou procédure légale.

Dans un tel cas de non paiement, la résiliation de la présente entente signifie que le Client renonce à toute compensation financière de Stem Sciences à titre de remboursement de paiement ou de dommages, et cède son droit de propriété des cellules de sang ombilical stockées à Stem Sciences, qui en devient automatiquement le propriétaire. Stem Sciences se réserve alors tous les droits et privilèges de conserver, de céder ou de disposer de ces cellules de sang ombilical et il n'existera alors plus aucune autre obligation entre le Client et Stem Sciences .

#### 7. Durée de l'entente :

- 7.1 La durée de la présente entente est de dix-huit (18) ans à compter de la date de naissance de l'Enfant du Client, ce qui inclut des frais fixes annuels établis au moment de la signature de la présente entente. Stem Sciences garantit que ces prix n'augmenteront pas pendant la durée de la présente entente.
- 7.2 Le Client peut résilier la présente entente à n'importe quel moment en fournissant une « demande de résiliation » écrite et notariée.
- 7.3 Lorsque l'Enfant atteindra l'âge de dix-huit ans, le contrat de stockage se renouvellera automatiquement au tarif de stockage en vigueur à ce moment-là, tel qu'indiqué au site web de Stem Sciences.

Le Client pourra aviser Stem Sciences que l'Enfant adulte assumera les frais annuels de stockage en vigueur à ce moment-là, en transmettant à Stem Sciences le formulaire de transfert de compte signé par l'Enfant adulte (le formulaire est disponible sur le site web de Stem Sciences).

Cependant, l'Enfant adulte lui (elle) seul(e), agé de 18 ans ou plus, pourra décider de résilier la présente entente.

#### 8. Modification à l'entente :

- 8.1 Le Client peut modifier ou mettre fin à la présente entente s'il souhaite:
  - a) se servir ou donner à un tiers utilisateur les cellules de sang de cordon de l'Enfant pour un traitement médical sous la supervision d'un médecin ou d'un organisme de soins de santé; ou
  - b) faire détruire les cellules de sang de cordon de l'Enfant stockées par Stem Sciences.
- 8.2 Avant un transfert à un tiers désigné des cellules de sang de cordon de l'Enfant, cette tierce partie doit signer et transmettre à Stem Sciences un formulaire d'engagement (disponible pour téléchargement sur le site web de Stem Sciences) déclarant qu'elle/il respectera tous les termes et conditions de la présente entente.
- 8.3 Tout changement à la présente entente doit être fait par écrit et signé par toutes les parties aux présentes pour être exécutoire. Stem Sciences a l'obligation et s'engage à signer toute demande de modification faite par le Client pour des fins d'accusé de réception et d'exécution de la demande si le Client a respecté tous les termes et conditions de la présente entente.
- 8.4 Le Client peut demander le transfert des cellules de sang de cordon pour les faire stocker par une autre banque en payant des frais de transfert et des coûts de traitement en vigueur au moment de la demande, tels qu'indiqués sur le site web de Stem Sciences. Il n'y aura aucun frais de transfert si les cellules de sang de cordon sont requises pour une intervention médicale dans un organisme de soins de santé certifié, ou encore si le Client démontre clairement la grossière négligence de Stem Sciences dans le mandat qui lui est confié avec la présente entente.

#### 9. Transmission d'avis :

- 9.1 Tout avis relatif à la présente entente sera donné par écrit et sera considéré avoir été remis en bonne et due forme à l'autre partie à la date de signification, si l'avis est signifié en personne à la partie à qui il est destiné, ou dans les cinq jours ouvrables suivant la mise à la poste de l'avis par courrier certifié ou recommandé à la partie à qui l'avis est destiné, à l'adresse qu'aura fournie le Client.
- 9.2 Chaque partie à la présente entente convient d'aviser promptement l'autre partie par écrit de tout changement d'adresse postale pendant la durée de la présente entente.

#### 10. Cette entente est régie par les lois du Québec et du Canada :

La présente entente est soumise aux lois de la province de Québec et aux lois du Canada en vigueur à cet égard.

11. Signature de l'entente :

La présente entente peut être signée par télécopieur et en un exemplaire ou plus; tous les exemplaires mis ensemble constitueront un document ayant force obligatoire.

12. Confidentialité des renseignements :

Stem Sciences reconnaît que l'information fournie par le Client est de nature confidentielle et s'efforcera dans la mesure du possible raisonnable de maintenir la confidentialité, sauf pour satisfaire les exigences des lois fédérales, provinciales et/ou municipales.

13. Déclaration du Client :

13.1 Le Client déclare avoir pris connaissance de la documentation écrite concernant les services fournis par Stem Sciences, les divers documents d'inscription, le mode d'emploi de la trousse de prélèvement de sang ombilical et qu'il a lu les documents explicitant les services de traitement et de stockage de cellules de sang de cordon qui lui seront fournis, les conditions et les risques associés au type de services proposés Stem Sciences, ainsi que les instructions qu'il doit suivre (tel que résumées dans la liste en Annexe B de la présente entente), et qu'il les a très bien compris.

13.2 Le Client convient et déclare qu'il signe la présente entente également au nom de l'Enfant mineur. Cet Enfant et/ou la (les) personne(s) pour qui les cellules de sang ombilical font l'objet de stockage ou à qui celles-ci seront remises plus tard sera (seront) à toutes fins que de droit considérée(s) liée(s) par les dispositions de la présente entente.

13.3 Le Client certifie par les présentes qu'il a lu le contenu de la présente entente et qu'il en comprend très bien le contenu, et qu'il signe la présente entente de son propre gré, ayant pris le soin et le temps de réflexion qui lui étaient nécessaires à cette fin.

EN FOI DE QUOI, les parties signent la présente entente tel qu'indiqué ci-après :

La présente entente entre en vigueur le \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_.

**Approuvé par le Client :**

Signature de la mère : \_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_, Québec, le \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_.

Signature du père / conjoint : \_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_, Québec, le \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_.

**Approuvé par Stem Sciences Inc.:** \_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_, Québec, le \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_.



**Stem Sciences Inc.**

**BANQUE DE SANG OMBILICAL**

14, av. Prince Arthur, bureau 110, Toronto (Ontario) M5R-1A9  
Tél. : (514) 639-6800, Téléc.: (514) 639-6800, Sans frais: 1 (877) 639-6800  
Courriel : info@stemsciences.com

**Annexe A :**

**Frais d'inscription, de traitement et de stockage et politique de remboursement de Stem Sciences**

Nom du Client :

Mère : \_\_\_\_\_ Père / Conjoint : \_\_\_\_\_

Date de l' Entente : \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_ .

Frais d'inscription et d'obtention de la trousse de prélèvement de sang (non remboursable) :	\$100
Frais de traitement :	\$530
Frais de stockage pour la première année :	\$120
Frais de test infectieux de maladie	\$175
<b>Total :</b>	<b>\$925</b>
Taxes de vente (TPS seulement : 6%) :	\$55.50
<b>Montant total reçu du client (incluant TPS) à la signature de la présente entente :</b>	<b>\$980.50</b>

<b>Frais de stockage annuel</b> , payable au plus tard le _____ de chaque année pendant la période de stockage, à un <b>montant fixe garanti pour les 18 premières années</b> : Remarque : Après cela, le coût du stockage pour des années subséquentes sera ajusté au tarif en cours.	\$120
Taxes de vente (TPS seulement : 7%) :	\$7.20
<b>Montant annuel total (incluant TPS) :</b>	<b>\$127.20</b>

**Les frais de prélèvement, d'emballage et de transport du sang de cordon de l'Enfant au laboratoire de Stem Sciences, sont l'entière responsabilité du Client et ne sont pas inclus dans les frais de service facturés par Stem Sciences.**

Les autres frais sont payables au moment de l'inscription, par chèque à l'ordre de Stem Sciences ou par carte Visa ou MasterCard

Politique de remboursement : L'ensemble des frais de traitement et de stockage payés pour la première année seront entièrement remboursés au Client si le sang du cordon de l'Enfant ne parvenait pas au laboratoire de Stem Sciences en temps utile et/ou si Stem Sciences déterminait, après traitement du sang reçu, qu'il est impossible d'en extraire les cellules souches. Le Client demeure responsable pour le paiement des frais d'inscription et d'obtention de la trousse de prélèvement de sang, qui ne sont pas remboursables.

Initiales du Client: Mère : \_\_\_\_\_ Père / Conjoint : \_\_\_\_\_

Initiales de Stem Sciences : \_\_\_\_\_



## **Annexe B : Check-list à l'attention du Client**

**Pour aviser Stem Sciences (à l'exception d'un changement d'adresse) :**  
**par téléphone : au 514-639-6800 ou sans frais 1-877-639-6800, ou**  
**par e-mail : [info@stemsciences.com](mailto:info@stemsciences.com)**

### **Avant l'accouchement**

- Remplir, signer et transmettre à Stem Sciences le formulaire d'inscription et le questionnaire des antécédents médicaux.
- Remplir, signer et transmettre à Stem Sciences les formulaires de consentement.
- Payer tous les frais d'inscription, de traitement et de stockage indiqués à l'Annexe A.
- Transmettre à Stem Sciences les résultats de tests prénataux.
- Confirmer à Stem Sciences que la trousse de prélèvement de sang ombilical et le mode d'emploi a bien été reçue.
- Apporter la trousse de prélèvement de sang ombilical à l'établissement où aura lieu l'accouchement.
- Informer le personnel médical/ et/ou le médecin en charge de l'accouchement que le Client participe au programme de stockage de sang ombilical de Stem Sciences.
- Aviser Stem Sciences dès que la mère entre en phase décisive d'accouchement

### **Dès l'accouchement**

- Aviser Stem Sciences que le sang ombilical a été prélevé avec succès.
- Veiller à ce que la fiche d'information sur l'accouchement soit dûment remplie par le médecin ou le professionnel traitant mandaté pour l'accouchement.
- Prendre les dispositions pour l'emballage et le transport du sang ombilical à Stem Sciences dans la boîte pré-étiquetée.
- Expédier IMMÉDIATEMENT le sang ombilical après l'accouchement dans l'emballage préétiqueté.
- Aviser Stem Sciences des renseignements sur l'expédition et du numéro de suivi de l'entreprise de messagerie.

### **À prévoir au cours de la durée de la présente entente**

- Aviser promptement Stem Sciences de tout changement
  - au point de contact du Client
  - aux renseignements pour la facturation.

## QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET L'ÉVALUATION DU RISQUE

Veillez remplir le questionnaire confidentiel qui suit sur les antécédents médicaux et retourner l'original à la banque de sang ombilical Stem Science. On vous demandera de mettre à jour ces informations au moment de l'accouchement. Selon vos antécédents médicaux et les résultats des tests sur les maladies infectieuses, vous pourriez avoir à subir d'autres examens pour déterminer si vous êtes un candidat pour le programme de mise en banque de sang de cordon ombilical. Si vous doutez de vos antécédents médicaux, veuillez contacter votre médecin et demandez-lui de relire ce document avant de nous le renvoyer. Vous pouvez également contacter un de nos personnels médicaux si vous avez des questions sur ce questionnaire ou si vous avez besoin qu'on clarifie certaines questions pour vous.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	<b>MÈRE</b>	<b>PÈRE/PARTENAIRE</b>
<b>Prénom</b> <small>Tel qu'inscrit sur la carte santé</small>		
<b>Nom de famille</b> <small>Tel qu'inscrit sur la carte santé</small>		
<b>Date de naissance</b> <small>Mois-jour-année</small>	MM-JJ-AAAA	MM-JJ-AAAA
<b>Profession</b>		
<b>Origine ethnique</b>		

#	Question	Mère	Partenaire
1	Souffrez-vous actuellement d'une maladie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2	Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris au cours de ces deux dernières années des médicaments délivrés sur ordonnance autres que des vitamines, des suppléments minéraux ou du Diclectin?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3	Souffrez-vous d'une infection générale bactérienne, virale ou fongique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4	Durant cette grossesse ou lors de grossesses antérieures, avez-vous souffert de complications?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S.O.
5	Avez-vous eu recours à l'une des interventions suivantes pour être enceinte? [fécondation in vitro (FIV), donneur de sperme, donneuse d'ovules ou maternité de substitution]	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S.O.
6	Avez-vous déjà pris les médicaments suivants : Accutane, Tegison (etretrinate) ou Soriatane (acitrétine)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7	Avez-vous déjà été hospitalisé suite à une maladie ou à une opération chirurgicale? [décrire les dates, la maladie, l'établissement médical où vous avez été soigné et les résultats du traitement]	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8	Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou a-t-on déjà recherché une maladie du cœur, des poumons, du foie, des reins ou de l'intestin?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9	Avez-vous déjà pris de l'hormone de croissance hypophysaire humaine?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10	Avez-vous déjà reçu une greffe de dure-mère (enveloppe du cerveau)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11	Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble du sang ou de saignement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12	Avez-vous déjà souffert de pertes de mémoire, de crises épileptiques, de convulsions ou d'épisodes de syncopes?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13	Avez-vous déjà reçu un des diagnostics suivants : paludisme, babésiose, maladie de Carlos-Chagas, leishmaniose ou toute autre maladie parasitaire transmise par le sang?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14	Avez-vous déjà reçu un diagnostic de maladie de Lyme, de rage, de virus du Nil occidental ou de SRAS?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15	Avez-vous déjà reçu un traitement au Canada pour une maladie du voyageur suite à un voyage à l'étranger?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16	Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'une infection par le VIH (SIDA)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

17	Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'infection par le HTLV 1 ou 2?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
18	Avez-vous déjà souffert de jaunisse ou de maladie du foie ou avez-vous déjà reçu un diagnostic d'hépatite A, B ou C?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
19	Avez-vous déjà été en contact avec une personne atteinte de jaunisse, d'hépatite ou de maladie du foie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
20	Avez-vous déjà reçu un vaccin ou des immunoglobulines pour l'hépatite?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
21	Avez-vous déjà reçu des vaccins ou des injections pour toute autre maladie? [précisez la date de vaccination et le type de vaccin – ne pas inclure les vaccinations infantiles]	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
22	Avez-vous déjà souffert de gonorrhée, de syphilis, d'une infection par chlamydia, d'herpès génital ou de toute autre maladie sexuellement transmissible?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
23	Avez-vous déjà reçu un diagnostic de tuberculose (TB) ou été exposé à la TB?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
24	Avez-vous déjà souffert d'une perte de poids, d'une fièvre, de sueurs nocturnes, de gonflement des ganglions lymphatiques, de toux persistante ou de taches violettes sur la peau inexplicé(e)(s)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
25	Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou a-t-on déjà recherché une maladie auto-immune ou une maladie dégénérative chronique? (p. ex. : lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques (SP), sclérose latérale amyotrophique (SLA), myasthénie gravis, périartérite noueuse, sarcoidose ou toute autre maladie osseuse)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
26	Avez-vous déjà pris de l'insuline pour un diabète? [précisez la date et le type d'insuline]	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
27	Avez-vous déjà subi un typage tissulaire (HLA)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
28	Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
29	Avez-vous déjà reçu une greffe de moelle osseuse ou une greffe de tissu ou d'organe?		
30	Avez-vous déjà reçu un composant sanguin, comme des facteurs de coagulation pour traiter une hémophilie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
31	Avez-vous déjà donné votre sang pour une transfusion à un patient qui a ensuite manifesté des preuves d'une hépatite ou d'une infection par le VIH (SIDA) ou par le HTLV 1 ou 2?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
32	A-t-on déjà refusé ou différé votre don de sang ou de moelle osseuse?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
33	A-t-on déjà refusé ou différé votre don d'organe?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
34	Une banque de sang de cordon ombilical vous a-t-elle déjà refusé de conserver le sang ombilical de votre nouveau-né, pour une raison quelconque?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
35	Avez-vous déjà souffert du SIDA ou de ses complications (leucoencéphalopathie multifocale progressive ou lymphome); avez-vous déjà eu un partenaire sexuel qui était atteint(e) du SIDA (VIH) ou de ses complications?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
36	Pourriez-vous être à risque* pour le SIDA (voir ci-dessous)? [Veuillez indiquer si vous faites partie d'une des catégories de personnes décrites ci-dessous].		
	a. homme ayant eu des rapports sexuels avec un autre homme au cours des cinq années précédentes;	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	b. personnes qui déclarent avoir reçu une injection intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée non médicale de drogues au cours des cinq années précédentes;	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	c. personnes hémophiles ou atteintes d'un trouble de la coagulation qui ont reçu des concentrés de facteur de coagulation humain;	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	d. hommes et femmes qui ont échangé des relations sexuelles contre de l'argent ou des drogues au cours des cinq années précédentes;	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	e. personnes qui au cours des 12 mois précédents ont eu des relations sexuelles avec des personnes décrites dans les points a. à d. ou avec une personne atteinte d'un SIDA ou d'une infection par le VIH avéré(e) ou soupçonné(e);	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	f. personnes qui au cours des 12 mois précédents ont été exposées à du sang infecté ou potentiellement infecté par le VIH, par inoculation cutanée ou par contact avec une plaie ouverte, des lésions de la peau ou une membrane muqueuse;	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
g. détenu(e)s d'établissements correctionnels (en raison des difficultés d'un consentement éclairé et de l'augmentation de la prévalence du VIH dans cette population).	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
37	Avez-vous déjà subi un perçage corporel, un tatouage, des séances d'acupuncture ou une blessure accidentelle avec une aiguille?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
38	Avez-vous des antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
39	Avez-vous déjà reçu un diagnostic de maladie neurologique, comme des tumeurs cérébrales, une démence ou une maladie d'Alzheimer ou de Parkinson?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
40	Avez-vous – ou un membre de votre famille - déjà reçu un diagnostic de panencéphalite sclérosante subaiguë (PSS) ou de maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

41	Avez-vous passé un total de trois mois ou plus en Europe ou au Royaume-Uni depuis janvier 1980?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
42	Avez-vous reçu une transfusion ou un traitement avec un produit sanguin au Royaume-Uni ou en Europe depuis janvier 1980?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
43	Avez-vous été membre des forces armées, employé civil des forces armées ou personne à charge d'un membre des forces armées depuis janvier 1980?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
44	Au cours de ces trois dernières années, avez-vous voyagé ou vécu ailleurs qu'au Canada et dans les états américains continentaux? [précisez les dates et les pays visités]	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
45	Avez-vous déjà vécu, voyagé ou reçu un traitement médical en Afrique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Famille = mère, père, frères et sœurs, tantes, oncles et grands-parents maternels et paternels du nouveau-né			
46	Avez-vous – ou un membre de votre famille – déjà reçu un diagnostic de maladie génétique? [y compris des troubles de la coagulation comme une drépanocytose, une thalassémie, une anémie aplasique, une anémie de Fanconi, une hémophilie ou des syndromes de déficience immunitaire ou des maladies liées à une surcharge métabolique comme la maladie de Hunter ou de Hurler]?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
47	Avez-vous – ou un membre de votre famille – déjà reçu un diagnostic de cancer du sein, de l'ovaire, de l'utérus, de la prostate, du foie, de l'intestin, du sang (par exemple leucémie) ou des ganglions lymphatiques (par exemple lymphome)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
48	Avez-vous été adopté(e) ou vos parents ont-ils été adoptés? [Si oui, veuillez indiquer si vous avez pu accéder aux antécédents médicaux et sociaux des parents biologiques]	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
49	D'après vos antécédents familiaux, votre profession et votre mode de vie, est-ce que vous considérez que vous êtes à risque pour une maladie transmissible précise, p. ex. : VIH, hépatite, SRAS, virus du Nil occidental, etc.?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
50	Avez-vous déjà été placé(e) en quarantaine ou vous a-t-on déjà demandé de vous mettre en quarantaine pour une raison médicale?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
51	À part les visites relatives à votre grossesse actuelle, avez-vous consulté un médecin pour un problème médical précis au cours de ces deux dernières années? [Veuillez préciser ci-dessous]		
	Nom du médecin		
	Date(s) approximative(s) de consultation		
	Raison de la visite [utilisez au besoin une autre feuille de papier]		
52	Après avoir répondu aux questions ci-dessus sur vos antécédents médicaux et vos facteurs de risque, avez-vous des raisons de penser que la mise en banque du sang de cordon ombilical de votre nouveau-né n'est pas sans danger?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions précédentes, veuillez préciser. Utilisez au besoin une autre feuille de papier. Pour chaque réponse « oui », veuillez indiquer le numéro de la question et fournir les explications nécessaires.			
N°	Explication		





**Stem Sciences Inc.**

**BANQUE DE SANG OMBILICAL**

14, av. Prince Arthur, bureau 110, Toronto (Ontario) M5R-1A9

Tél. : (514) 639-6800, Téléc. : (514) 639-6800, Sans frais: 1 (877) 639-6800

Courriel : [info@stemsciences.com](mailto:info@stemsciences.com)

**VOUS DEVEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE AVANT OU AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT**

Chers parents,

Les réglementations de Santé Canada concernant les exigences relatives à la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation stipulent que tous les donneurs subissent un examen physique de base pour pouvoir mettre en banque du sang de cordon ombilical. Veuillez demander à votre obstétricien, à votre sage-femme ou à votre médecin de famille de remplir ce formulaire.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ ai demandé à la banque de  
Inscrire le nom de la mère en caractères d'imprimerie  
sang de cordon Stem Science de traiter et de cryoconserver les cellules souches du sang de cordon ombilical de mon nouveau-né.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ ai réalisé l'examen physique  
Inscrire le nom du médecin ou de la sage-femme en caractères d'imprimerie  
de \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Inscrire le nom de la mère en caractères d'imprimerie mm/jj/aaaa

et je n'ai trouvé aucun signe physique suggérant un comportement à risque élevé (VIH, HTLV, hépatite B ou C maladies sexuellement transmissibles) ni de signe de tumeur maligne ou d'infection bactérienne ou virale.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin ou de la sage-femme mm/jj/aaaa Date : \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE	D'/Infirmière de SSI	
	Date	/ /



**Stem Sciences Inc.**

**BANQUE DE SANG OMBILICAL**

14, av. Prince Arthur, bureau 110, Toronto (Ontario) M5R-1A9  
Tél. : (514) 639-6800, Téléc.: (514) 639-6800, Sans frais: 1 (877) 639-6800  
Courriel : info@stemsciences.com

### AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATION

J'autorise par les présentes : \_\_\_\_\_  
(Inscrire le nom de l'institution/du fournisseur de soins)

à remettre à Stem Sciences Inc. des copies des résultats des tests prénataux suivants de la soussignée :

PRÉNOM Selon carte RAMQ														
NOM DE FAMILLE Selon carte RAMQ														
DATE DE NAISSANCE Année/Mois/Jour	AAA/                      MMM/                      JJJ/						Tél. résidence (       )							
N° CARTE RAMQ Inclure code de version														

N°	Résultats	Date du test	Copie demandée
1	Anticorps anti-VIH I et II	Résultats les plus récents	√
2	VDRL (syphilis)	Résultats les plus récents	√
3	Antigène de surface de l'hépatite B	Résultats les plus récents	√
4	Groupe sanguin	Résultats les plus récents	√
5			
6			

Je comprends que cette information est de nature privée et confidentielle et je consens à ce qu'elle soit utilisée uniquement dans le but de déterminer si je suis admissible au programme de stockage de sang ombilical de Stem Sciences Inc. J'exonère donc par les présentes l'établissement/le fournisseur de soins qui divulgue l'information et Stem Sciences Inc. de toute responsabilité qui pourrait résulter de la divulgation de ladite information. La présente autorisation est valide pour six mois à compter de la date de ma signature, sauf indication contraire.

Signature de la patiente
Nom de la patiente : EN LETTRES MOULÉES S.V.P.
Date : AAA/                      MMM/                      JJJ/

Signature du témoin
Nom du témoin : EN LETTRES MOULÉES S.V.P.
Date : AAA/                      MMM/                      JJJ/

Veuillez poster les copies à l'adresse indiquée ci-dessus ou les télécopier au 1 (514) 639-6800.



**AUTORISATION ET INSTRUCTIONS POUR LE TRAITEMENT D'UN VOLUME MINIMUM DE SANG OMBILICAL**

Présentement, le volume minimum de sang ombilical recommandé pour traitement et stockage est 40 ml. Cependant, des volumes inférieurs de sang ombilical peuvent également produire un nombre substantiel de cellules. Si le volume de sang ombilical prélevé de mon enfant est moins de 40 ml, j'autorise/nous autorisons et je demande/nous demandons à Stem Sciences Inc. de :

**Veillez parapher votre choix**

**Jeter le sang ombilical.** Je paierai uniquement les frais d'inscription et les frais d'expédition applicables

**Stocker le sang ombilical.** Le nombre de cellules peut être insuffisant pour fins de greffe. Je paierai tous les frais de traitement et de stockage.

Signature de la mère. Date A/ M/ J/		Signature du père/conjoint . Date A/ M/ J/	
Nom :		Nom :	

**AUTORISATION POUR PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT**

J'autorise par la présente Stem Sciences Inc. à porter à ma carte de crédit les montants suivants :

- Frais d'inscription et trousse (non remboursable) 100,00 \$ + 6,00 \$ TPS À l'inscription
- Frais de traitement 530,00 \$ + 31,80 \$ TPS Après le traitement du sang ombilical
- Frais de test infectieux de maladie 175,00 \$ + 10,50 \$ TPS Après le traitement du sang ombilical
- Frais de stockage 120,00 \$ + 7,20 \$ TPS Après le traitement du sang ombilical

**Total des frais la première année : 925,00 \$ + 55,50 \$ TPS (980,50 \$)**

- Frais de manutention/expédition Peut varier [Min. 50,00 \$]  
Pour envoi de la trousse par messagerie à votre adresse

**IMPORTANT**  
Votre médecin/hôpital peut vous charger des frais additionnels. Ces frais NE SONT PAS compris dans le barème d'honoraires indiqué ci-dessus. Vous devez vous entendre avec eux sur les sommes additionnelles en cause et les leur payer directement.

NOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE																			
DATE D'EXPIRATION Année/Mois	AAA/	MMM/	VISA		MASTERCARD														
N° carte					-					-					-				

Signature du titulaire de la carte
Date AAA/ MMM/ JJJ/ .



**Stem Sciences Inc.**

**BANQUE DE SANG OMBILICAL**

14, av. Prince Arthur, bureau 110, Toronto (Ontario) M5R-1A9  
Tél. : (514) 639-6800, Téléc.: (514) 639-6800, Sans frais: 1 (877) 639-6800  
Courriel : info@stemsciences.com

## AVIS DE NON RESPONSABILITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT/DU PERSONNEL QUI PRÉLÈVE LE SANG

EN LETTRES MOULÉES S.V.P.	MÈRE	PÈRE/CONJOINT
<b>PRÉNOM</b> Selon carte RAMQ		
<b>NOM DE FAMILLE</b> Selon carte RAMQ		

### PRÉLÈVEMENT DE SANG MATERNEL ET OMBILICAL

Pendant l'accouchement, la sécurité de la mère et de l'enfant est primordiale. Bien que des complications ne se produisent que rarement, elles peuvent survenir pendant l'accouchement et empêcher l'extraction du sang ombilical. Le fournisseur de soins traitant prendra la décision finale à savoir s'il est possible de prélever le sang ombilical et à quel moment le faire. Des différences biologiques influenceront également sur le volume de sang ombilical prélevé. Par conséquent, il se peut qu'il soit impossible d'obtenir le volume minimum de sang ombilical nécessaire pour fins de stockage. La nature de l'accouchement rend également la contamination microbienne du sang ombilical fort possible.

Étant pleinement prévenus de ces faits, nous soussignés convenons par les présentes que :

- 1. La décision du fournisseur de soins à l'accouchement de prélever ou de ne pas prélever le sang ombilical sera irrévocable et finale.**
- 2. Bien que toutes les précautions soient exercées pour réduire le risque de contagion microbienne au minimum, il n'existe aucune garantie que l'échantillon sera stérile.**

Je/Nous soussigné/s par les présentes, ainsi qu'au nom de mon/notre enfant à naître et, le cas échéant, au nom de la/des personnes pour qui le sang ombilical est prélevé et placé en stockage, libère/libérons à jamais de toute responsabilité mon/notre fournisseur de soins de santé, l'hôpital où aura lieu l'accouchement et Stem Sciences Inc., ainsi que leurs propriétaires, conseils d'administration, administrateurs, employés, affiliés et agents respectifs, en rapport avec le prélèvement, la manipulation, le transport, le traitement et la cryoconservation des cellules souches du sang ombilical de mon/notre enfant, et renonce/renonçons à toute réclamation en dommages et à toute poursuite à cet égard contre eux.

<b>Signature de la mère</b> <b>Date</b> A/    M/    J/	<b>Signature du père/ conjoint</b> <b>Date</b> A/    M/    J/

## PRÉLÈVEMENT DE SANG OMBILICAL : MODE D'EMPLOI DU SAC

### OBJECTIFS

1. Prélever le volume maximum de sang ombilical/placentaire sans compromettre la sécurité de la mère ou du bébé.
2. S'assurer que le sang ne subisse aucune contamination microbienne.

Le volume minimum nécessaire est de 40 ml (excluant l'anticoagulant).  
Le poids du sac de sang et son contenu doit être supérieur à 110\* grammes.

### CONTENU DE LA TROUSSE DE PRÉLÈVEMENT

1. Sac stérile pour prélèvement sanguin.
2. Étiquettes d'identification, fiche d'information sur le prélèvement.
3. Vacutainers pour prélèvement de sang maternel.
4. Produits de nettoyage : alcool et tampons d'iode, gaze de coton.

#### I. PRÉLÈVEMENT DE SANG MATERNEL – au moment de l'admission à la salle d'accouchement.

Au moment de l'admission ou lorsque le travail est commencé (lorsque l'hôpital prélève son propre échantillon pour analyse), prélever le contenu de trois Vacutainers de sang maternel, les identifier au nom de la patiente en incluant l'heure et la date du prélèvement et les placer dans le sac Ziploc prévu à cet effet. Conserver les Vacutainers à la température de la pièce.

#### II. PRÉLÈVEMENT DE SANG OMBILICAL

1. Après l'accouchement, clamber le cordon ombilical le plus près possible du bébé. Manipuler le placenta et le cordon avec soin parce que la manipulation réduit le volume de l'échantillon de sang et de plus, accroît le danger de contamination microbienne.
2. Commencer le prélèvement de sang sur le segment de cordon juste à proximité du clamp placé sur le cordon ombilical. Nettoyer d'abord le site soigneusement avec de l'alcool et des tampons d'iode. Il est essentiel de nettoyer chaque site avec soin avant la ponction veineuse.
3. Enlever le bouchon protecteur de l'aiguille à l'extrémité de la tubulure du sac de sang. Insérer l'aiguille dans la veine ombilicale. Placer le sac collecteur dans un plateau propre au plancher. La gravité et les contractions utérines aideront le processus de prélèvement. Agiter le sac de façon intermittente pour faire en sorte que le sang et l'anticoagulant se mélangent adéquatement. Le prélèvement peut prendre jusqu'à 10 minutes. Faire preuve de patience. Si la veine est collabée, recommencer le processus d'insertion à un site plus haut où la veine est bien dilatée. Ne pas oublier de bien nettoyer le cordon avant d'insérer l'aiguille.
4. Si le placenta est expulsé prématurément, ou pendant une césarienne, ou avant le prélèvement d'un volume de sang suffisant, il est possible d'entreprendre/de continuer le processus ci-dessus en plaçant le placenta dans une position élevée, le côté maternel vers le bas.
5. Une fois que l'écoulement de sang est terminé, retirer l'aiguille et faire écouler le sang qui demeure dans la tubulure jusque dans le sac. Couper l'aiguille de la tubulure et en disposer dans un contenant approprié pour objets pointus. Former deux nœuds serrés dans la tubulure le plus loin possible du sac. S'assurer que les nœuds sont fermes pour éviter toute fuite de sang.
6. Peser le sac de sang et son contenu. Noter le poids sur la fiche d'information sur le prélèvement de sang ombilical. Le poids doit être supérieur 110 g.
7. Remplir l'étiquette d'identification et l'attacher au sac de sang. Placer le sac de sang dans le sac Ziploc à cet effet avant de le remettre dans la boîte.
8. Remplir la fiche d'information et la faire signer par la patiente/le conjoint. Au personnel infirmier : S'assurer que tous les détails demandés sur l'étiquette et la fiche d'information sur le prélèvement sont bien inscrits.
9. Garder l'échantillon de sang ombilical à la température de la pièce : PRIÈRE DE NE PAS RÉFRIGÉRER L'ÉCHANTILLON DE SANG OMBILICAL.
10. Les parents sont responsables d'expédier l'échantillon de sang ombilical à Stem Sciences Inc. [Les frais de transport sont à la charge des parents. Si vous désirez utiliser un service de messageries, nous vous recommandons d'appeler :  
**AIR LOGISTICS SERVICES INC. 1-866-882-8865 ou DISHER COURIER 1-800-463-1035**

\* Poids approximatif du sac de sang vide + anticoagulant = 70 g. Pour obtenir 40 ml de sang ombilical, poids du sac + anticoagulant + sang ombilical doit être supérieur à 110 g.

# FÉLICITATIONS!



Nous serons heureux  
de nous charger  
de votre précieuse livraison.

## Service de transport de sang ombilical

Passez ce temps précieux avec votre famille et laissez-nous nous occuper du transport.

- 😊 Placez votre commande à l'avance au moment de votre choix – lorsque le temps viendra, un simple appel suffira et nous serons en route.
- 😊 Service offert jour et nuit, tous les jours de l'année.

Vous avez le choix entre deux services de courrier spécialement désignés:

---

## **AIR LOGISTICS SERVICES INC.**

Appelez au 1 (905) 612-1188 ou au 1 (866) 882-8865



---

## **H & B DISHER COURIER**

Appelez au 1 (905) 450-3844 ou au 1 (800) 463-1035, option 2





**Stem Sciences Inc.**

**BANQUE DE SANG OMBILICAL**

14, av. Prince Arthur, bureau 110, Toronto (Ontario) M5R-1A9  
Tél. : (514) 639-6800, Téléc.: (514) 639-6800, Sans frais: 1 (877) 639-6800  
Courriel : info@stemsciences.com

**EXPÉDITION DE LA TROUSSE DE PRÉLÈVEMENT À UNE ADRESSE DIFFÉRENTE**

Si vous avez demandé que la trousse de prélèvement vous soit expédiée par service de messageries et si vous désirez la recevoir à une adresse autre que celle de votre domicile, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

<b>Nom</b>																					
<b>Entreprise</b>																					
<b>Adresse</b>																				App.	
<b>Ville</b>																				Code postal	
<b>Province</b>																				Tél.	( )
<b>Courriel</b>																					

VEUILLEZ NOUS TRANSMETTRE VOTRE ADRESSE DE COURRIEL POUR RECEVOIR L'AVIS D'ENVOI ET LE NUMÉRO DE SUIVI.

**VOUS RECEVREZ LA TROUSSE PAR FEDEX LE JOUR SUIVANT L'ENVOI.  
VEUILLEZ VOUS ASSURER DE POUVOIR PRENDRE LIVRAISON  
DE LA TROUSSE À L'ADRESSE INDIQUÉE.**

PRIÈRE DE NOUS FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE PAR LA POSTE OU PAR TÉLÉCOPIEUR AU 1 (514) 639-6800

---