

Formulaire

UTCT - Recueil de tissus sur donneur vivant

ENTÊTE RÉSERVÉE : MERCI DE NE RIEN INSCRIRE

Cette fiche doit être complétée et transmise à l'UTCT avec le prélèvement

DONNEUR

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : Masculin Féminin

COLLER ETIQUETTE PATIENT

Coordonnées site préleveur

Service :
Etablissement :

Adresse :

Groupe sanguin : ABO : Rhésus :

Médecin Traitant :

Adresse :

Tél. :

Patient informé du recueil de tissus : Oui Non **Consentement recueilli :** Oui Non

ECHANTILLONS SANGUINS POUR LA RECHERCHE DES MARQUEURS INFECTIEUX

Nombre de tubes prélevés : Tubes secs : Tubes EDTA :

Nom et qualité du préleveur :

Date du prélèvement : Heure du prélèvement :

INTERVENTION CHIRURGICALE

Date : Heure du prélèvement :

ECHANTILLON TISSULAIRE POUR ANALYSE MICROBIOLOGIQUE

Oui Non

TISSUS PRELEVES ET INDICATIONS OPERATOIRES

Tête fémorale Diamètre : mm N° lot Kit Prélèvement :

Arthroplastie pour fracture du col

Arthroplastie pour coxarthrose

Autre (préciser)

Volet crânien N° lot kit prélèvement (coller étiquette) :

Indication opératoire :

Nombre de fragments :

Taille des fragments :

MEDECIN PRELEVEUR

Nom et qualité :

Signature :

ANTECEDENTS et DONNEES CLINIQUES (si Oui, préciser)

1) Antécédents reconnus vis-à-vis des pathologies suivantes :

- Infection ou suspicion d'infection par le VIH ou le HTLV ou Hépatite virale B ou C Oui Non
- Présence de facteurs de risque authentifiés vis-à-vis de ces infections dans les 12 derniers mois : Oui Non
 - *Partenaires sexuels multiples homo ou hétérosexuels, concernant le donneur ou son partenaire régulier*
 - *Toxicomanie par voie intraveineuse concernant le donneur ou son partenaire régulier*
 - *Accident d'exposition à du sang ou dérivés suspects d'être contaminés*
 - *Séjour en milieu carcéral*
- Présence de facteurs de risque vis-à-vis des maladies à prions Oui Non
 - *Traitement par hormones hypophysaires (notamment de croissance) extractives*
 - *Grefe de dure-mère d'origine humaine (ou intervention neurochirurgicale non documentée sur ce point), cornée ou sclère*
 - *Antécédents chirurgicaux intéressant le système nerveux central*
 - *Démence ou maladie neurologique pouvant évoquer une encéphalopathie subaiguë spongiforme*
 - *Antécédents familiaux entrant dans le cadre des encéphalopathies subaiguës spongiformes*
- Pathologie maligne en cours ou guérie (préciser) Oui Non
 - *Hémopathie maligne*
 - *Cancer*
- Maladie auto-immune chronique pouvant altérer la qualité du tissu à prélever (préciser) Oui Non

2) Infection généralisée active :

- Maladies virales avérées ou probables : notamment hépatites virales, VIH, HTLV, rage Oui Non
- Infection bactérienne systémique
- Infection parasitaire ou fongique systémique

**Si l'une des réponses ci-dessus est positive, il est inutile de prélever
(à l'exception des prélèvements autologues : volet crânien)**

3) Traitements connus :

- Stéroïdes au long cours (> 90 j), préciser type, indication et voie d'administration : Oui Non
- Irradiation, Chimiothérapie : Oui Non
- Autres, en particulier traitement habituel (préciser) : Oui Non
- Transfusion sanguine récente pouvant entraîner un risque d'hémodilution Oui Non

4) Pathologie locale (tissus à prélever) :

- Antécédents d'irradiation ou de pathologie locale connue Oui Non
- Infection bactérienne pouvant contaminer le tissu à prélever Oui Non

5) Examen lors du prélèvement :

- Adénopathies multiples, hépato-splénomégalie Oui Non
- Ictère Oui Non
- Pathologie au niveau de la zone à prélever Oui Non
- Traces de piqûres pouvant évoquer une toxicomanie intraveineuse Oui Non

6) Risques liés aux alertes sanitaires

- Test COVID positif < 7 jours Oui Non
 - Notion de piqûre de tique récente (<1mois) Oui Non
 - Voyages hors de France métropolitaine dans les 4 mois précédant le don Oui Non
- Si oui Lieu et dates :

Réservé à l'UTCT :

Tissu réceptionné :
Date et Heure réception :
Nom et Signature du Technicien de l'UTCT :
N° Tissu attribué :

Pour toute question, vous pouvez contacter l'UTCT au 03 83 15 43 40 ou par mail utct@chru-nancy.fr

Référence : **FORM-01317** - Version **05** - Date d'application **07/11/2023**

Page **2** sur **2**

Seule la version électronique du document est valide