

# ITC\_TOURS FICHE OPÉRATIONNELLE DE PRÉLÈVEMENT DE TÊTE FÉMORALE SUR DONNEUR VIVANT LORS D'INTERVENTION CHIRURGICALE

BANQUE DE TISSUS GRAND OUEST – Tél. 02.47.36.01.10 – Fax : 02.47.36.02.08 – cpdl.tours.cryo@efs.sante.fr

DONNEUR		INFORMATIONS SUR LE DON	
Partie à compléter ou coller l'étiquette donneur		PRELEVEMENT	
Nom d'usage : .....		Établissement préleveur : .....	
Nom de naissance : .....		Prélèvement le : ...../...../..... à .....h.....	
Prénoms : .....		<p>La tête fémorale est recueillie lors d'une PTH indiquée pour coxarthrose uniquement.</p> <p><b>POUR TOUTE AUTRE INDICATION, IL EST INUTILE DE PRÉLEVER</b></p>	
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Né(e) le : ...../...../.....		<p>Diamètre de la tête fémorale : .....mm</p> <p>Présence de géodes à la radio : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Extraction avec « tire-bouchon » : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Qualité de l'os : excellente <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> médiocre <input type="checkbox"/></p>	
Tel : .....		<p>Préparation du greffon :</p> <p><input type="checkbox"/> synoviale retirée</p> <p><input type="checkbox"/> cartilage retiré</p> <p><input type="checkbox"/> aucun des 2 n'est retiré</p>	
Médecin traitant : Nom : .....		<p>Indice : .....</p>	
Tél : .....			

## QUESTIONNAIRE MEDICAL : ANTECEDENTS MEDICAUX & ETAT CLINIQUE DU DONNEUR

Contre-indications au don : si une des réponses est positive aux items 1 à 4, ne pas prélever la tête fémorale.

### 1- ATCD vis à vis de pathologies suivantes ☐ Oui ☐ Non

Infection ou suspicion d'infection par le VIH, VHB, VHC, HTLV, syphilis, tuberculose

Présence de facteurs de risques :

Partenaires sexuels multiples homo ou hétérosexuels, concernant le donneur ou son partenaire régulier (CI si ≤ 4 mois)

Toxicomanie par voie IV ou nasale concernant le donneur ou son partenaire régulier (CI si ≤ 12 mois)

Accident d'exposition au sang ou dérivés suspects d'être contaminés (CI si ≤ 4 mois)

Séjour en milieu carcéral de plus de 96 heures (CI si ≤ 12 mois)

Tatouage / piercing fait sans matériel à usage unique (CI si ≤ 4 mois)

Risque de transmission de maladie à prion :

ATCD de traitement par hormones hypophysaires extractives \*

Séjour au Royaume Uni &gt; 1 an cumulé entre 1980 et 1996

Antécédents chirurgicaux intéressant le système nerveux central.

Démence progressive d'évolution rapide

Diagnostic d'une des formes d'encéphalopathie spongiforme subaiguë transmissible (ESST)

Antécédents familiaux d'ESST sauf si origine iatrogène

Maladie neurodégénérative incluant celles d'origine inconnue \*

Pathologies malignes : Hémopathie maligne, Cancer (tous types)

Maladies de système qui pourraient nuire à la qualité du tissu

Maladie d'étiologie inconnue

Notion de piqûre de tique récente (CI si ≤ 1 mois)

### 2- Infection généralisée active ☐ Oui ☐ Non

Toutes infections virales, parasitaires, fongiques ou bactériennes systémiques en cours avérées ou probables

### 3- Lors de l'examen clinique ☐ Oui ☐ Non

Adénopathies multiples, hépato-splénomégalie, ictère

Pathologie au niveau de la zone à prélever

Infection locale pouvant contaminer le tissu à prélever

Traces de piqûres pouvant évoquer une toxicomanie intraveineuse

Présence sur le corps de signes cliniques évoquant une maladie transmissible

### 4- Traitements contre-indiqués ☐ Oui ☐ Non

Vaccination &lt; 1 mois avec un vaccin vivant atténué

Ingestion de substances ou exposition à une substance toxique \*

Corticothérapie : &gt; 2 mg / Kg / j pendant plus de 15 jours avant le don

Association d'immunosuppresseurs au long cours à fortes doses par voie générale

\*Cf. « ANNEXE » au verso

### 5- Risques sanitaires

Département de résidence : .....

Voyage hors du département de résidence dans les 4 mois précédant le don

Lieu : .....

Date de début : ...../...../.....

Date de fin : ...../...../.....

### 6- Informations biologiques et cliniques

Traitement habituel : .....

(type, durée, dosage) .....

Vaccination &lt; 1 mois contre l'hépatite B

(À noter pour information)

☐ Oui ☐ Non

Transfusion sanguine (à l'exception de l'autotransfusion) ne contre indique le prélèvement que si risque d'hémodilution : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la date : ...../...../..... Nature : ..... Quantité : .....

**IMPORTANT : Le donneur s'engage à prévenir le préleveur en cas de signes cliniques d'infection dans les 28 jours suivant le don**

## VALIDATION MEDICALE

Je certifie avoir : Sélectionné et informé le patient selon les recommandations de la banque de tissus EFS (le cas échéant à l'aide du document d'information le plus à jour qu'elle a établi) ;

Recueilli sa non opposition au don et à la réorientation éventuelle de son don pour les recherches listées en annexe ;

Recueilli son autorisation à la réalisation d'examen biologiques et l'avoir informé sur le traitement de ses données personnelles.

Accord du patient pour un don à but scientifique si tissu non conforme pour un usage thérapeutique :

☐ Oui ☐ Non

Nom du chirurgien préleveur : .....

Date : ...../...../.....

Signature : .....

Exemplaire original à retourner avec le tissu osseux à la banque EFS. Conserver un double dans le dossier médical du patient.

## \*ANNEXE

### Les informations suivantes sont précisées

#### 1- ATCD vis à vis des pathologies suivantes

- **ATCD de traitement par hormones hypophysaires extractives** : notamment de croissance
- **Maladie neurodégénérative incluant celles d'origine inconnue** : sont cités pour exemple, la maladie d'Alzheimer, la sclérose latérale amyotrophique (=maladie de Charcot), la maladie de Parkinson, les syndromes parkinsoniens, la maladie de Huntington, la maladie de Pick
- **Maladies de système** : antécédent de maladies auto-immunes chroniques systémiques qui pourraient nuire à la qualité du tissu.
- **Ingestion de substances ou exposition à une substance toxique** : plomb, mercure, cyanure, amiante, or, etc...

#### 4- Traitements contre-indiqués

- Ingestion de substances ou exposition à une substance toxique : plomb, mercure, cyanure, amiante, or, etc...

#### Validation médicale :

Le donneur a été informé et ne s'est pas opposé à ce que, dans le cas où il ne pourrait pas être utilisé pour un usage thérapeutique, son don puisse être utilisé pour les recherches suivantes, menées par l'EFS ou ses partenaires (hôpitaux, universités, unités de recherche académiques ou privées) :

- Recherches portant sur les greffes ;
- Recherches portant sur la reconstruction osseuse ;
- Recherches portant sur les cellules de la moelle osseuse.