

## ITC\_TOURS FICHE OPÉRATIONNELLE DE PRÉLÈVEMENT DE CŒUR EXPLANTÉ POUR VALVES LORS D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE SUR DONNEUR VIVANT

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

INFORMATIONS SUR LE DON		Cadre réservé à l'identification du don par la banque de tissus
<b>DONNEUR</b> <i>Partie à compléter ou coller l'étiquette donneur</i>	<b>PRÉLEVEMENT</b>	
Nom d'usage : .....	Établissement préleveur : .....	Indice :
Nom de naissance : .....	Prélèvement le : ...../...../..... à .....h	
Prénoms : .....	Médecin traitant :	Prélèvement de sang dans les 4 tubes :
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Né(e) le : ...../...../.....	Nom : .....	À prélever impérativement avant toute hémodilution, notamment avant la CEC.
Age : ..... Poids : .....	Tél : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 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 valve.

<b>1- ATCD vis à vis de pathologies suivantes</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <u>sans</u> matériel à usage unique (CI si ≤ 4 mois)		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)	
		<b>2- Infection généralisée active</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Toutes infections virales, parasitaires, fongiques ou bactériennes systémiques en cours avérées ou probables	
		<b>3- Lors de l'examen clinique</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Adénopathies multiples, hépato-splénomégalie, ictere 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	
		<b>4- Traitements contre-indiqués</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Vaccination < 1 mois avec un vaccin vivant atténué Ingestion de substances ou exposition à une substance toxique * Corticothérapie : > 2 mg / Kg / j pendant plus de 15 jours avant le don Association d'immunosuppresseurs au long cours à fortes doses par voie générale	
<b>5- Pathologie cardiaque</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>6- Traitement habituel (type, durée et dosage)</b>	
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie ischémique <input type="checkbox"/> Cœur artificiel <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie dilatée <input type="checkbox"/> Autre pathologie cardiaque : .....			
<b>7- Risques sanitaires</b>		<b>Voyage hors du département de résidence dans les 4 mois précédent le don</b> Lieu : ..... Date de début : ...../...../..... Date de fin : ...../...../.....	
<b>8- Informations biologiques et cliniques</b>			
<b>Vaccination &lt; 1 mois contre l'hépatite B</b> (À noter pour information)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Transfusion sanguine (à l'exception de l'autotransfusion)</b> ne contre indique le prélèvement que si risque d'hémodilution : Si oui, précisez la date : ...../...../..... Nature : ..... Quantité : .....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**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 donneur selon les recommandations de la banque de tissus EFS, avoir recueilli sa non opposition au don et son autorisation à la réalisation d'examens biologiques.		
Accord du patient pour un don à but scientifique si tissu non conforme pour un usage thérapeutique :  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom du chirurgien préleveur : .....  Date : ...../...../.....  Signature :	

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

## \*ANNEXE

Les informations suivantes sont précisées

### 1- ATCD vis à vis de 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...