

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

DONNEUR		INFORMATIONS SUR LE DON	
Partie à compléter ou coller l'étiquette donneur		PRELEVEMENT	
Nom d'usage :		Établissement préleveur :	
Nom de naissance :		Prélèvement le :/...../..... àh.....	
Prénoms :		Médecin traitant :	
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Né(e) le :/...../.....		Prélèvement de sang dans les 4 tubes :	
Age : Poids :		À prélever impérativement avant toute hémomodulation, notamment avant la CEC.	
Tel :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Cadre réservé à l'identification du don par la banque de tissus

Indice :

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.

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 > 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 < 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

*Cf. « ANNEXE » au verso

5- Pathologie cardiaque ☐ Oui ☐ Non

☐ Cardiomyopathie ischémique ☐ Cœur artificiel

☐ Cardiomyopathie dilatée

☐ Autre pathologie cardiaque :

6- Traitement habituel (type, durée et dosage)

7- 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 :/...../.....

8- Informations biologiques et cliniques

Vaccination < 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'hémomodulation :

☐ 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 donneur selon les recommandations de la banque de tissus EFS, avoir recueilli sa non opposition au don et son autorisation à la réalisation d'examen biologiques.

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 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...