

Fiche opérationnelle de prélèvement de tissus à visée thérapeutique sur donneur décédé

DONNEUR : NOM :

Prénom :

Date Naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Code postal du domicile (voire adresse) :

Groupe Sanguin (si connu) :

Groupe HLA (si connu) :

ETIQUETTE PATIENT DONNEUR

ABO

Rhésus

A

B

DR

- Hospitalisation :

Hôpital :

:

Service :

Médecin :

- Médecin Traitant

Nom :

Adresse :

Tél. :

PRELEVEMENT DES TISSUS : Etablissement :

Préciser :

<i>Décès</i>	<i>Date :</i>	<i>Heure :</i>
<i>Heure de clampage si PMO</i>	<i>Date :</i>	<i>Heure :</i>
<i>Réfrigération du corps à °C</i>	<i>Date :</i>	<i>Heure :</i>
<i>Température chambre froide entre 2 et 8°C</i>	<i>Oui <input type="checkbox"/></i>	<i>Non <input type="checkbox"/></i>
<i>Prélèvements sanguins</i>	<i>Date :</i>	<i>Heure :</i>

Présence de certificat de décès et du procès-verbal du constat de la mort

Oui

Non

Recherche d'une éventuelle opposition:

1) auprès du RNR

pas d'inscription pour le don à but thérapeutique

à but scientifique

inscription ou restriction éventuelle :

2) auprès des proches

pas de témoignage d'opposition au don à but thérapeutique

à but scientifique

Entretien mené auprès de Mr, Mme :

Lien par rapport au donneur :

ou Absence de proche joignable

Renseignements médicaux obtenus auprès de :

Qualité :

Dossier médical examiné :

Oui

Non

HISTOIRE SUCCINCTE DE LA MALADIE ACTUELLE :

ATCD :

Les questions suivantes s'entendent par "avez-vous connaissance de....."

CI TOUS TISSUS	Pour information
-------------------	---------------------

5 Pathologie maligne			
Hémopathie maligne	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Cancer Préciser type : date de survenue :.....	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> (sauf cornée)	
6 Risque infectieux			
Infection par le VIH ou le HTLV ou Hépatite C	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Infection généralisée active non contrôlée au moment du don :			
Infection bactérienne systémique	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> (sauf cornée)	
Infection virale, parasitaire ou fongique systémique	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Préciser			
Hémoculture en cours	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
7 Vaccinations			
Vaccination récente avec un vaccin vivant atténué	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Préciser nom et date :			
8 Risques sanitaires particuliers			
Tests COVID positif <7 jours	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Notion de voyage ou séjour dans les 12 derniers mois en zone exposant le donneur à un risque infectieux (conformément aux alertes en cours dans CRISTAL)	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Préciser lieu : date de retour:..... durée:.....			
9 Maladies de système			
Antécédents de maladie auto-immune chronique systémique qui pourrait nuire à la qualité du tissu.	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Préciser :			
10 Transplantation de xélogreffe			
Préciser :			
11 Examen physique lors du prélèvement et circonstances			
Traces de piqûres pouvant évoquer une toxicomanie intraveineuse	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Tatouage, piercing	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Cicatrices inexplicables	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Autres : préciser	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
12 Pathologie locale ophtalmique si prélèvement de cornée			
Chirurgie de la cataracte antérieure à 1994	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Chirurgie cornéenne réfractive (préciser le type)	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Implant intraoculaire	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Gérontoxon (taille à apprécier par le préleveur en fonction de la surface transparente)	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Glaucome avéré	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Pathologie cornéenne (kératocône)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Ptérygion sur l'axe visuel	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
13 Pathologie locale cutanée si prélèvement de peau			
Si oui, décrivez :	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>

Médecin responsable de la sélection du donneur:

Nom :

Fonction :

Signature :

.....

.....

.....

Organes prélevés : Cœur Oui Non

Poumons Oui Non

Foie Oui Non

Reins Oui Non

Autres : préciser

Tissus prélevés (Cocher les tissus prélevés et préciser dans les au besoin)

Tissus	Nature	Localisation	Equipe prélèvement	Salle de prélèvement (préciser lieu, qualification)	Date et heures (début/fin) prélèvement	Banque destinatrice
<u>Oculaires</u>	Collerette cornéo-sclérale Autre :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Med. resp. prlvmt : Si protocole coopé, Nom du délégué : 			
<u>Ostéo ligamentaires</u>	Fémur Tibia Os iliaque Humérus Autre :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Med. resp. prlvmt : Si protocole coopé, Nom du délégué : 			
	Tendons/ligaments Isolés <input type="checkbox"/> Avec segment osseux <input type="checkbox"/> (Préciser)	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Med resp prlvmt : Si protocole coopé, Nom du délégué : 			
<u>Cutanés</u>	Peau épaisse (≥ 0,4mm) <input type="checkbox"/> Peau mince (< 0,4mm) <input type="checkbox"/>	Zone :	Med. resp. prlvmt : Si protocole coopé, Nom du délégué : 			
<u>Cardiaques</u>	Bloc cardiaque Valve aortique Valve pulmonaire Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Med. resp. prlvmt : Si protocole coopé, Nom du délégué : 			
<u>Vasculaires</u>	Aorte thoracique Aorte abdominale Artères périphérique Veines profondes Veines superficielles Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Med. resp. prlvmt : Si protocole coopé, Nom du délégué : 			
<u>Autre:</u>	Préciser : 		Med. resp. prlvmt : Si protocole coopé, Nom du délégué : 			