



Banque de Tissus
TSA 40031
31059 TOULOUSE
Cedex 9

**Autorisation de prélèvement
de PLACENTA**

Ref : DE-BDT-PROC-012-03
Version : 03
Applicable le : 17-12-2019



**Exemplaire à retourner
à la Banque de Tissus**

Madame,

Votre accouchement prochain doit se faire par césarienne. A cette occasion, le placenta peut être adressé à la Banque de Tissus du C.H.U. de TOULOUSE.

Une partie du placenta, la membrane amniotique, pourra alors être utilisée pour traiter par greffe des patients atteints d'une maladie grave de l'œil ayant entraîné une détérioration de la cornée.

- ✓ Nous vous demandons donc l'autorisation de conserver ce placenta.
- ✓ Ce don ne peut donner lieu en aucune manière à une rémunération.

Si vous acceptez, nous devons vérifier que vous ne présentez pas de contre-indication médicale au don. Pour cela, des renseignements médicaux vous seront demandés et une prise de sang sera réalisée lors de votre hospitalisation. Parmi les examens effectués, il sera réalisé selon les exigences légales, une recherche de facteurs de risque infectieux concernant les hépatites B, C, le VIH, l'HTLV et la Syphilis. Les résultats seront disponibles sur demande auprès de votre chirurgien.

Ces renseignements médicaux sont confidentiels et seront archivés sur un support informatique protégé. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous pourrez y avoir accès par l'intermédiaire du médecin de votre choix qui s'adressera au Docteur Martine CHATELUT à la Banque de Tissus. Si vous jugez que certaines informations vous concernant sont erronées, vous pourrez demander des modifications et vérifier que celles-ci ont bien été réalisées dans un délai de 1 mois.

Vous pouvez refuser que nous conservions votre placenta sans avoir à vous en justifier.

Merci de votre compréhension et de votre participation.

*L'équipe Médicale du Service de Gynécologie Obstétrique,
Et le Médecin Responsable de la Banque de Tissus*



Banque de Tissus
TSA 40031
31059 TOULOUSE
Cedex 9

**Autorisation de prélèvement
de PLACENTA**

Ref : DE-BDT-PROC-012-03
Version : 03
Applicable le : 17-12-2019



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

« **BANQUE DE TISSUS** »

Hôpital PURPAN – Place du Docteur Baylac – T.S.A. 40031 – 31059 TOULOUSE CEDEX 9

Tél. 05 61 77 73 32 Télécopie 05 61 77 99 98

Mail : banquetissus.tech@chu-toulouse.fr

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

DU PLACENTA

***Exemplaire à retourner
à la Banque de Tissus***

CONSENTEMENT ECRIT

Je déclare : *AVOIR LU LA LETTRE D'INFORMATION SUR « LE DON DE PLACENTA », AVANT DE DONNER MON CONSENTEMENT*

*SAVOIR QUE LES INFORMATIONS ME CONCERNANT
RESTERONT CONFIDENTIELLES*

Je soussigné(e) : Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse complète :

.....

N° de téléphone :

**ACCEPTÉ, LORS DE MON ACCOUCHEMENT,
QUE LE PLACENTA SOIT RECUEILLI
POUR UTILISATION MEDICALE.**

Fait à :

Le :

Signature



Banque de Tissus
TSA 40031
31059 TOULOUSE
Cedex 9

**Autorisation de prélèvement
de PLACENTA**

Ref : DE-BDT-PROC-012-03
Version : 03
Applicable le : 17-12-2019



**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE
« BANQUE DE TISSUS »**

Hôpital PURPAN – Place du Docteur Baylac – T.S.A. 40031 – 31059 TOULOUSE CEDEX 9
Tél. 05 61 77 73 32 Télécopie 05 61 77 99 98
Mail : banquetissus.tech@chu-toulouse.fr

**Exemplaire à conserver dans
le dossier médical de la patiente**

Madame,

Votre accouchement prochain doit se faire par césarienne. A cette occasion, le placenta peut être adressé à la Banque de Tissus du C.H.U. de TOULOUSE.

Une partie du placenta, la membrane amniotique, pourra alors être utilisée pour traiter par greffe des patients atteints d'une maladie grave de l'œil ayant entraîné une détérioration de la cornée.

- ✓ Nous vous demandons donc l'autorisation de conserver ce placenta.
- ✓ Ce don ne peut donner lieu en aucune manière à une rémunération.

Si vous acceptez, nous devons vérifier que vous ne présentez pas de contre-indication médicale au don. Pour cela, des renseignements médicaux vous seront demandés et une prise de sang sera réalisée lors de votre hospitalisation. Parmi les examens effectués, il sera réalisé selon les exigences légales, une recherche de facteurs de risque infectieux concernant les hépatites B, C, le VIH, l'HTLV et la Syphilis. Les résultats seront disponibles sur demande auprès de votre chirurgien.

Ces renseignements médicaux sont confidentiels et seront archivés sur un support informatique protégé. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous pourrez y avoir accès par l'intermédiaire du médecin de votre choix qui s'adressera au Docteur Martine CHATELUT à la Banque de Tissus. Si vous jugez que certaines informations vous concernant sont erronées, vous pourrez demander des modifications et vérifier que celles-ci ont bien été réalisées dans un délai de 1 mois.

Vous pouvez refuser que nous conservions votre placenta sans avoir à vous en justifier.

Merci de votre compréhension et de votre participation.

*L'équipe Médicale du Service de Gynécologie Obstétrique,
Et le Médecin Responsable de la Banque de Tissus*



Banque de Tissus
TSA 40031
31059 TOULOUSE
Cedex 9

**Autorisation de prélèvement
de PLACENTA**

Ref : DE-BDT-PROC-012-03
Version : 03
Applicable le : 17-12-2019



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

« **BANQUE DE TISSUS** »

Hôpital PURPAN – Place du Docteur Baylac – T.S.A. 40031 – 31059 TOULOUSE CEDEX 9

Tél. 05 61 77 73 32 Télécopie 05 61 77 99 98

Mail : banquetissus.tech@chu-toulouse.fr

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

DU PLACENTA

**Exemplaire à conserver dans
le dossier médical de la patiente**

CONSETEMENT ECRIT

Je déclare : *AVOIR LU LA LETTRE D'INFORMATION SUR « LE DON DE PLACENTA », AVANT DE DONNER MON CONSENTEMENT*

*SAVOIR QUE LES INFORMATIONS ME CONCERNANT
RESTERONT CONFIDENTIELLES*

Je soussigné(e) : Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse complète :

.....

N° de téléphone :

**ACCEPTÉ, LORS DE MON ACCOUCHEMENT,
QUE LE PLACENTA SOIT RECUEILLI
POUR UTILISATION MEDICALE.**

Fait à :

Le :

Signature: