



Banque de Tissus  
TSA 40031  
31059 TOULOUSE  
Cedex 9

**Autorisation de prélèvement  
TETE FEMORALE**

Ref : DE-BDT-PROC-078-03  
Version : 03  
Applicable le : 18-12-2019



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](mailto:banquetissus.tech@chu-toulouse.fr)

**LETTRE D'INFORMATION SUR  
"LE DON DE TETE FEMORALE"**

**Exemplaire à conserver  
dans le dossier médical  
du patient**

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier d'une prothèse totale de hanche visant à remplacer votre articulation détruite par l'arthrose. Pour placer cette prothèse, la tête et le col du fémur seront obligatoirement enlevés.

La tête fémorale peut être utilisée pour effectuer une greffe chez un autre patient et pour cela doit être conservée à la Banque de Tissus.

- ✓ Nous vous demandons donc l'autorisation de conserver cette tête fémorale.
- ✓ 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 hépatites B, C, le VIH, l'HTLV et la Syphilis. Les résultats seront disponibles sur demande auprès de votre chirurgien. Vous pouvez refuser que nous conservions cette tête fémorale sans avoir à vous en justifier.

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.

Merci de votre compréhension et de votre participation.

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



Banque de Tissus  
TSA 40031  
31059 TOULOUSE  
Cedex 9

**Autorisation de prélèvement  
TETE FEMORALE**

Ref : DE-BDT-PROC-078-03  
Version : 03  
Applicable le : 18-12-2019



**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](mailto:banquetissus.tech@chu-toulouse.fr)

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

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT  
ET DE CRYOCONSERVATION DES PIECES OSSEUSES  
CONSENTEMENT ECRIT**

Je déclare : AVOIR LU LA LETTRE D'INFORMATION SUR "LE DON DE TETE FEMORALE", 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 : ..... Sexe : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

N° de téléphone : .....

**ACCEPTE DE DONNER MA TETE FEMORALE  
POUR UTILISATION MEDICALE**

Fait à .....

Le : .....

Signature