

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

DONNEUR : NOM : _____ ETIQUETTE PATIENT DONNEUR
 Prénom : _____
 Date Naissance : _____
 Sexe : Masculin Féminin

Code postal du domicile (voire adresse) :

Gpe Sanguin (si connu) : _____ ABO _____ Rhésus _____
 Groupe HLA (si connu) : _____ A _____ B _____ DR _____

- Hospitalisation : Hôpital : _____ N° Dossier : _____
 Service : _____ Médecin : _____

- Médecin Traitant Nom : _____
 Adresse : _____
 Tél. : _____

PRELEVEMENT DES TISSUS : Date et heure : _____ N° CRISTAL OU N° Donneur : _____
 Etablissement : _____ N° Finess : _____

Histoire succincte de la maladie actuelle :

ATCD :

Cause du décès :	Cocher	Circonstances du décès :	Cocher
Traumatisme	<input type="checkbox"/>	Accident de la voie publique	<input type="checkbox"/>
Accident cardiaque	<input type="checkbox"/>	Accident domestique	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	Accident du travail	<input type="checkbox"/>
Accident respiratoire	<input type="checkbox"/>	Suicide	<input type="checkbox"/>
Tumeur maligne	<input type="checkbox"/>		
Intoxication	<input type="checkbox"/>		
Infection	<input type="checkbox"/>		
Autre (Préciser) :		Autre (Préciser) :	

Préciser :

Décès	Date	Heure :
Réfrigération du corps à°C	Date	Heure :
Température de la chambre froide entre 4 et 8°C	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prélèvements sanguins	Date	Heure :

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

Absence de refus du don :

1) Opposition notifiée par le RNR : Oui Non

2) Absence d'opposition vérifiée auprès de Mr, Mme :

Lien par rapport au donneur :

Par :

Absence de proche joignable

3) Utilisation scientifique du tissu (RNR et proches consultés) Opposition Non opposition

4) Renseignements médicaux obtenus : Auprès de : _____ Qualité : _____

5) Dossier médical examiné : Oui Non

Données destinées aux Banques de Tissus concernant les donneurs décédés

**Une réponse positive à l'un des items suivants constitue une contre-indication absolue,
sauf pour ceux marqués d'une astérisque dont la demande n'est qu'informatrice
et la conséquence variable selon les tissus.**

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

CI TOUS
TISSUS Pour
information

1 Facteur de risque dans les 12 derniers mois			
Partenaires sexuels multiples homo ou hétérosexuels concernant le donneur ou son partenaire régulier	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Toxicomanie par voie intraveineuse concernant le donneur ou son partenaire régulier	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Accident d'exposition à du sang ou ses dérivés suspects d'être contaminés	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Séjour en milieu carcéral de plus de 96h	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
2 Risque de transmission de maladie à prion			
ATCD de traitement par hormones hypophysaires (notamment de croissance) extractives	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Grefe de cornée, de sclère, de dure-mère d'origine humaine	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Antécédents d'intervention neuro-chirurgicale non-documentée (pour laquelle on a peut être utilisé de la dure-mère)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Démence progressive d'évolution rapide	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Antécédents familiaux de Maladie de Creutzfeldt-Jakob non iatrogène	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Diagnostic d'une des formes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Maladie neurologique dégénératives, y compris qui sont d'origine inconnue	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Indiquer en clair :			
3 Pathologie maligne			
Hémopathie maligne	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Cancer	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	(sauf cornée)
préciser type : _____ date: _____			
4 Risque infectieux			
Infection par le VIH ou le HTLV ou Hépatite B ou C	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Infection généralisée active non contrôlée au moment du don			
Infections 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			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5 Traitements connus :			
Irradiation (préciser zone et dose) :	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Traitement habituel et/ou récent dont immuno-suppresseurs	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
préciser type durée dosage			
transfusion de produits sanguins labiles (concentrés globulaires, plaquettes)			Oui <input type="checkbox"/>
préciser : date _____ lieu: _____ nature: _____ quantité: _____			
6 Circonstances particulières du décès :			
Décès de cause inconnue	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Risque d'hémodilution du prélèvement sanguin >50%: _____ % calculé :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Existence d'un échantillon de sang pré-transfusionnel datant de moins de 10 jours			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Exposition ou ingestion de substances toxiques susceptibles d'être transférées par les tissus	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	

7 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 inexpliquées	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
Autres : préciser	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
8 Vaccinations			
ATCD de vaccination contre l'hépatite B (présence suspectée ou avérée d'Ac anti HBs isolés)	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
préciser la date :			
Vaccination récente avec un vaccin vivant atténué	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
préciser la date :			
9 Maladies de système			
Antécédents de maladies auto-immunes chroniques systémiques qui pourraient nuire à la qualité du tissu.	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Préciser :			
10 Transplantation de xélogreffe			
préciser :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
11 Risques sanitaires			
Maladie COVID-19 en cours ou <28jours	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Présence de signes cliniques inexpliqués et évocateurs d'une infection COVID-19	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Contact avec une personne à risque ayant présenté des signes évocateurs COVID 19	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Notion de voyage ou séjour en zone exposant le donneur à un risque infectieux (cf alerte en cours)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
préciser lieu : duree:	date:		
12 Pathologie locale ophtalmique			
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 intra-oculaire	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 (kératocone)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Ptérygion sur l'axe visuel et seulement sur l'axe	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	

AUTOPSIE : Oui Non
Résultats :

Lieu :

Numéro :

Médecin responsable de la sélection du donneur:

Nom :

Fonction :

signature :

Préleveur :

Nom :

Fonction :

signature :

Nom du délégant (le cas échéant):

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 prélevement	Lieu prélevement (bloc, dépositaire, autre à préciser)	Date et heure prélevement	Banque destinatrice
Cornées	Collerette cornéo-sclérale Autre :	<input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/>				
Os massifs	Fémur Tibia Os iliaque Humérus Autre :	<input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/>				
Tendons, ligaments	Isolés <input type="checkbox"/> Avec segment osseux <input type="checkbox"/> (Préciser)	<input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/>				
Peau	Peau épaisse (≥ 0,4mm) <input type="checkbox"/> Peau mince (< 0,4mm) <input type="checkbox"/>	Zone :				
Valves	Bloc cardiaque Valve aortique Valve pulmonaire Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Vaisseaux	Aorte thoracique Aorte abdominale Artères périphérique Veines profondes Veines superficielles Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droit/Gche <input type="checkbox"/>				
Autre:	Préciser : 					